



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA REGIONAL DE MATAGALPA
FAREM MATAGALPA

MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MÉDICO Y CIRUJANO
GENERAL

Comportamiento clínico - epidemiológico Enfermedad de Hirschsprung
en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía
Pediátrica del HECAM, Matagalpa, periodo 2005 - I semestre 2017

AUTORAS:

- Br. Arlen Yaneth Cantarero Aráuz
- Br. Xochilt Emily Selva Urbina

Tutora:

PhD. Marcia Zulema Cordero Rizo

Matagalpa, Nicaragua febrero, 2018



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA REGIONAL DE MATAGALPA
FAREM MATAGALPA

MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL

Comportamiento clínico - epidemiológico Enfermedad de Hirschsprung en niños menores
de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, periodo
2005 - I semestre 2017

AUTORES:

- Br. Arlen Yaneth Cantarero Aráuz
- Br. Xochilt Emily Selva Urbina

Tutora:

PhD. Marcia Zulema Cordero Rizo

Matagalpa, Nicaragua 22 de marzo del 2018

Contenido

TEMA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
OPINIÓN DEL TUTOR	iv
RESUMEN	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
III. OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL:.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	3
IV. ANTECEDENTES	4
V. MARCO TEORICO	10
VI. PREGUNTAS DIRECTRICES:.....	32
VII. DISEÑO METODOLÓGICO:	33
ÁREA DE ESTUDIO:	33
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	33
POBLACIÓN DE ESTUDIO	33
MUESTRA.....	33
TIPO DE MUESTREO	34
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	34
PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	34
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	35
VARIABLES:	35
SUB VARIABLES.....	35
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	38
X. ANALISIS	44
XI. CONCLUSIÓN	51
XII. RECOMENDACIONES.....	52
XIII. BIBLIOGRAFIA	53
XIV. ANEXOS.....	55
1. GLOSARIO	55

2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	56
3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	58
4. NORMATIVA 004	59

TEMA

Comportamiento clínico - epidemiológico Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, periodo 2005 - I semestre 2017.

DEDICATORIA

Dedicamos este estudio:

A DIOS por darnos la vida y permitirnos dar este paso importante para nuestra carrera profesional y por darnos la sabiduría, paciencia y fortaleza necesaria para salir adelante.

A nuestros padres que con su apoyo incondicional y buenos consejos han estado siempre a nuestro lado ayudándonos a superarnos a nivel personal y profesional, quienes nos brindan siempre una mano amiga, nos alientan a seguir adelante aun en los momentos más difíciles de nuestras vidas ya que sin ellos no estaríamos hoy en esta posición.

A todas aquellas personas que han formado parte en nuestra formación a lo largo de nuestras vidas ya que ellos han aportado un granito de arena para que lleguemos a ser profesionales.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios el creador supremo de todas las cosas, por darnos la vida, la capacidad, la sabiduría y la oportunidad de llegar tan lejos en nuestras vidas.

A nuestros padres ya que ellos son pilares fundamentales en nuestra educación.

A nuestra Tutora Marcia Cordero, por todo el tiempo y esfuerzo dedicado, por siempre brindarnos su ayuda y llevarnos de la mano a concluir esta etapa de nuestra carrera.

OPINIÓN DEL TUTOR

El trabajo presentado es pertinente y contiene la estructura que define la normativa. Existe correspondencia entre el problema, objetivos y contenido.

Los autores de ésta investigación han cumplido con el plan de trabajo en tiempo y forma a pesar de las dificultades que se presentaron.

El trabajo aplica los conocimientos teóricos adquiridos durante el desarrollo de la asignatura.

Durante la ejecución de ésta investigación los autores demostraron grado de independencia, iniciativa, creatividad en la propuesta y desarrolló habilidades para poder realizar la investigación.

Les felicito por el esfuerzo realizado, han demostrado eficiencia, motivación y trabajo en equipo.

Dra. Marcia Zulema Cordero Rizo

PhD. Doctorado en Ciencias de la Salud Pública.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir el comportamiento clínico y epidemiológico de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Escuela Cesar Amador Molina de Matagalpa durante el periodo del 1 enero 2005 a 30 de junio del 2017. Este se planteó mediante un estudio descriptivo tipo serie de casos, de corte transversal, retrospectivo. Con una muestra obtenida por muestreo no probabilístico por conveniencia, para un total de 24 pacientes correspondientes al 80 % de la población. Los datos fueron procesados mediante el programa de estadística SPSS Versión 22 obteniendo los siguientes resultados: La edad media para diagnóstico de esta patología fue de 5 años. El sexo más frecuente fue el masculino, existiendo 1,6 casos en varones por cada 1 caso en mujeres y la mayoría fueron procedentes de la cabecera departamental de Matagalpa. La sintomatología más predominante fue el estreñimiento (58.3 %) seguida de la distensión abdominal (29.1%). La evaluación mediante medios diagnósticos se realizó en un 100 % de los pacientes con la Biopsia rectal. El tipo de segmento del colon más afectado fue el segmento corto en un 63.6 % de los casos. La técnica quirúrgica que más se utilizó fue la técnica De la Torre en un 50% siendo este un abordaje factible y seguro para el tratamiento de la forma rectosigmoidea clásica. El tratamiento quirúrgico se realizó en 47.8% de los casos y el 52.2% no necesito tratamiento quirúrgico siendo su manejo terapéutico.

Palabras clave: comportamiento clínico y epidemiológico, estreñimiento, distensión abdominal , biopsia rectal, segmento del colon.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hirschsprung o megacolon agangliónico congénito se define como un trastorno del sistema nervioso entérico, caracterizada por la ausencia de células ganglionares en los plexos submucoso y mientérico, es pues una anomalía que causa obstrucción parcial o total del colon que provoca la consecuente relajación del intestino proximal por la falta de progresión de las heces.

Jiménez y Fernández (2012) describen que la enfermedad toma su nombre de Harold Hirschsprung, el médico danés que la describió por primera vez en 1886 y la publicó en 1888.

Según la Asociación española de Pediatría [(AEP), 2012] “presenta una incidencia de presentación de 1 por cada 5,000 niños nacidos vivos para esta enfermedad”. Tiene una tendencia a aumentar ligeramente por una sospecha mayor y un diagnóstico más precoz que disminuye la mortalidad sin diagnóstico. Es más frecuente en la raza blanca y recién nacidos a término.

La mayoría de los pacientes con enfermedad de Hirschsprung son diagnosticados en el período neonatal cuando se presentan con síntomas de obstrucción intestinal distal, incluyendo vómitos biliosos, distensión abdominal, y el fracaso de evacuar las heces. Los pacientes con enfermedades menos graves pueden no ser diagnosticados hasta más tarde en la infancia o la niñez. Estos pacientes suelen tener una historia de estreñimiento crónico y falta de crecimiento. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia rectal, que puede ser apoyada por los hallazgos en las radiografías abdominales, enema de contraste, o la manometría ano rectal.

El tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung es la resección quirúrgica del segmento agangliónico de intestino, clásicamente hay tres procedimientos quirúrgicos descritos que, por orden histórico, son los de Oval Swenson y Bill en 1948, Duhamel y Soave en 1964 y en 1998 De La Torre-Mondragón y Ortega-Salgado. (Jiménez y Fernández, 2012)

Este estudio servirá para conocer la frecuencia de la enfermedad así como su forma de manifestación clínica más común y el medio más acertado para la realización de un diagnóstico más preciso el cuál llevara a un tratamiento más específico y precoz para esta patología y de este modo disminuir la morbilidad y proporcionará a los pacientes resultados favorables que eviten las complicaciones y repercusiones, tanto clínicas como psicosociales que la evolución natural de esta enfermedad provoca en estos pacientes.

II. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad de Hirschsprung es una enfermedad congénita, caracterizada por la ausencia de células ganglionares en el plexo mientérico de Auerbach y en el submucoso de Meissner, en el recto y otros segmentos del colon en forma ascendente. Esta alteración produce una anomalía de la motilidad intestinal, que se manifiesta más frecuentemente como una obstrucción intestinal representando un peligro para la vida del niño por lo que requiere ser diagnosticada a tiempo para su inmediata intervención quirúrgica.

A pesar de su baja incidencia 1/5000 nacidos vivos y a pesar de ser una enfermedad poco conocida en nuestro país, tuvimos la oportunidad durante nuestra experiencia en áreas clínicas de este hospital de observar de cerca a algunos pacientes con esta patología en los cuales además de ser un problema para su salud repercutió también en la calidad de vida al provocar una problemática social y psicológica para el enfermo y además de ser una causa más que se suma al ausentismo escolar.

La realización de este estudio fue de mucha importancia ya que permitió conocer las características clínicas y epidemiológicas de dicha enfermedad en los niños menores de 12 años atendidos en el HECAM en el periodo 2005- I semestre 2017. Sabiendo que esta patología forma parte de las anomalías congénitas y que no había sido estudiada en Matagalpa ya que no habían estudios previos basados en esta enfermedad a pesar de que la creciente incidencia que se ha venido presentando en los últimos años, y a nivel nacional solo se habían realizado tres estudios en Managua sobre el comportamiento quirúrgico de ésta, se planteó la necesidad de dar a conocer su comportamiento para saber cuándo sospecharla y así disminuir las complicaciones graves y reducir la mortalidad sin diagnóstico. Además de lo antes mencionado el presente trabajo también podrá servir como punto de partida para investigaciones futuras y así mismo, llenar vacíos del conocimiento en relación a estas afecciones.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir el comportamiento clínico-epidemiológico de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de doce años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa en el periodo 2005- I semestre 2017.

Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar socio-demográficamente a pacientes en estudio.
- ✓ Identificar la presentación clínica más común en niños con Enfermedad de Hirschsprung.
- ✓ Mencionar medio diagnóstico más utilizado para la Enfermedad de Hirschsprung
- ✓ Determinar el tipo de segmento del colon más comúnmente afectado en la Enfermedad de Hirschsprung.
- ✓ Mencionar la técnica quirúrgica más empleado en los niños con enfermedad de Hirschsprung.

IV. ANTECEDENTES

La enfermedad toma su nombre de Harold Hirschsprung, el médico danés que la describió por primera vez en 1886, describió el caso de dos niños que habían fallecido con una gran distensión abdominal, eran estreñimientos graves acompañados de una dilatación e hipertrofia del colon, sin una obstrucción mecánica que justificara el estreñimiento y se consideró que la zona dilatada era el asiento primario de la enfermedad. (Jaime Belkind-Gerson, 2001)

Más tarde pudo verse una ausencia congénita de células ganglionares, en el plexo mientérico de Auerbach y en el submucoso de Meissner, de la pared del recto y otros tramos del colon en sentido proximal, a una distancia variable del intestino delgado. Otro hallazgo importante fue la hiperplasia de fibras nerviosas colinérgicas en la capa muscular circular, muscular mucosa y mucosa, con una actividad alta de la acetilcolinesterasa, al mismo nivel que la zona aganglionar. Estos trastornos de innervación serían responsables de una dismotilidad intestinal consistente esencialmente en una falta de relajación que impediría el normal tránsito y evacuación del contenido intestinal. (Belkind, 2001, pág. 2)

En 1901 Tittel demostró la ausencia de células ganglionares en el recto. En 1983 Robertson y Kernohan notaron la asociación entre aganglioneosis distal y obstrucción intestinal y en 1984, Swenson y Bill informaron la primera cirugía definitiva para reparar esta condición. (Belkind, 2001)

Entre los estudios realizados sobre el comportamiento clínico- Epidemiológico y además quirúrgico de la enfermedad de Hirschsprung se mencionan los siguientes:

A nivel norte americano: En Chicago, Illinois el estudio publicado por Raffensperger y col describe 880 casos estudiados donde un 81.1% son del sexo masculino. En cuanto a la edad de presentación en este estudio se demostró que fue más frecuente en los recién nacidos con 25 casos (28,73%) y en la etapa de un mes a tres años con 36 casos (41,38%), a su vez señala que en el 75% de los casos el segmento afectado es corto. (Raffensperger, 1990)

A nivel Latinoamericano en el estudio realizado en Maracaibo en el servicio de cirugía infantil, Torres, (2004) afirma que:

La frecuencia de esta enfermedad fue 0.16 variando desde 0,04 a 0,24 la más alta por quinquenio. La frecuencia más baja puede ser explicada por un sub-registro de la patología y es de hacer notar que se ha ido incrementando el número de casos por quinquenio, explicado por el mayor conocimiento de la patología por los pediatras y médicos generales, lo que ha hecho que se diagnostiquen los casos más precozmente. El sexo predominante en ese estudio fue el masculino con 64 casos (73,56%) de un total de 87 casos, con una relación de 2,7:1. El síntoma de presentación más frecuente fue la constipación con 28 casos (32,18%) y asociada a otros síntomas 71 casos (81,60%). Así mismo de esos 87 casos con Megacolon Congénito se utilizó enema evacuador como tratamiento médico inicial en 80 casos (92%); en los 7 casos restantes (8%) en los cuales no se realizó enema evacuador como tratamiento inicial, correspondieron a neonatos con obstrucción intestinal, en donde la conducta a seguir es laparotomía exploradora.

El método de diagnóstico más empleado en Maracaibo fue el colon por enema + biopsia rectal, el cual se realizó en 54 casos (62,07%) y acompañada de manometría en 7 casos (8,05%), lo cual hace un total de 61 casos (70%), coincidiendo con lo reportado por otros autores donde describen a la biopsia rectal como método de diagnóstico definitivo, 20 casos (22.9%) en quienes se realizó biopsia por laparotomía exploradora, correspondían a recién nacidos con cuadro de obstrucción intestinal.

Según los tipos de Megacolon posterior a la biopsia se encontró que el segmento corto es el más frecuente 71 casos (81,60%).

El tratamiento quirúrgico para la curación definitiva del megacolon congénito es imposible sin antes realizar una colostomía, pues sin ella es imposible eliminar heces en el colon dilatado por encima del segmento aganglionar para permitir, hasta donde sea posible, una operación inocua y definitiva. En esta investigación se realizó colostomía como tratamiento quirúrgico previo en 51 casos (58,62%). En vista de ser el segmento corto el tipo de Megacolon Congénito más frecuente, el tipo de colostomía realizada fue de tipo Hartman (66,67%). La técnica quirúrgica definitiva más empleada fue el tipo Duhamel en 32 casos (71,12%).

Un 52% recibió tratamiento quirúrgico definitivo, un porcentaje de 39% (34 casos) aún están en espera de ser resueltos, de estos solo 20 casos aún son atendidos en el servicio de cirugía pediátrica, en espera del tratamiento quirúrgico definitivo.

Existe una alta frecuencia de pacientes pediátricos con problemas de estreñimiento crónico refractario al tratamiento conforman un 67% de los pacientes evaluados en Colombia, de los cuales el 20.59% fueron diagnosticados con enfermedad de Hirschsprung.

Al analizar la evolución de los 87 casos con diagnóstico de Megacolon Congénito se pudo notar que fueron resueltos definitivamente 45 casos (52%), se registraron 34 casos (39%) pendientes por tratamiento definitivo, de los cuales 14 fueron referidos a otras instituciones para ser resueltos, 20 casos que aún continúan asistiendo a la consulta para su tratamiento definitivo, 8 casos (9%) que murieron correspondían a neonatos, de estos 5 casos fueron sometidos a laparotomía exploradora por cuadro de obstrucción intestinal y 3 casos (2 lactantes mayores y 1 preescolar) en quienes no se había practicado tratamiento quirúrgico definitivo y murieron por sepsis. De los 45 casos con tratamiento quirúrgico definitivo 17 casos (37.77%) presentaron complicaciones post-quirúrgicas, de estos la más frecuente resultaron la estenosis colorectal y la obstrucción intestinal con 4 casos cada una (25%) seguida de eventración 3 casos (18.75%) y encopresis 2 casos (12.50%), el resto de complicaciones como síndrome del espolón, granuloma colorectal y fuga parcial de colon distal con 1 caso cada una, lo que da una frecuencia de 6.25%. (Torres, 2004)

En México un estudio realizado en el Hospital para el Niño: Instituto Materno Infantil del Estado de México reveló el diagnóstico de 21 pacientes con enfermedad de Hirschsprung corroborada por biopsia, 18 varones y tres mujeres; 10 pacientes fueron menores de un año y 11 entre dos y 15 años. El 70% mostraron síntomas en el primer año de edad: el principal fue distensión abdominal y en segundo lugar estreñimiento. De los pacientes analizados, 17 presentaron enfermedad de segmento largo, tres de segmento corto y uno de segmento ultracorto. El 70% de los pacientes manifestó la enfermedad de manera aislada. El 100% fueron diagnosticados mediante biopsia. Hasta el momento del estudio, 10 pacientes han sido tratados quirúrgicamente mediante descenso de Duhamel, uno con cirugía de Rehbein y otros 10 se encuentran pendientes de corrección quirúrgica. (Serrano,2011)

En otro estudio realizado en México por la Dra. Guadalupe Barrera Muzquiz y col; se demostró que, en un grupo de 41 pacientes estudiados con diagnóstico de Megacolon congénito, encontraron una relación de 2:1 para el sexo masculino.

A nivel Centroamericano: En Guatemala según el estudio “características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Hirschsprung, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”, dentro del periodo comprendido de enero 2004 a diciembre 2009, Se reveló según resultados obtenido que 43 pacientes presentaban enfermedad de Hirschsprung corroborada por biopsia, en el 100% de los pacientes, 36 varones que representan el 85.71% y siete mujeres que conforman el 14.29%; 21 pacientes fueron menores de un año conformando el 48.84% y 22 entre dos y 15 años (47.84%). Seis de los 43 pacientes presentaron sobrepeso, seis pacientes que conforman el 14% tenían un peso adecuado y los 31 restante con algún grado de desnutrición los cuales conforman el 86% restante. El 70% mostraron síntomas en el primer año de edad: el principal fue distensión abdominal y en segundo lugar estreñimiento. (Rosales, 2004)

De los pacientes analizados, 35 es decir el 43% presentaron enfermedad de segmento largo, seis el 14% presentaron enfermedad de segmento corto y el 5% presentaron enfermedad de segmento ultracorto. (Rosales, 2004)

El 70% de los pacientes manifestó la enfermedad de manera aislada. El 100% fueron diagnosticados mediante biopsia. Hasta el momento del estudio, el 49% han sido tratados quirúrgicamente mediante descenso de Duhamel, el 5% con cirugía de Rehbein y el 47% se encuentran pendientes de corrección quirúrgica. (Rosales, 2004)

En Costa Rica Weber y col. en su trabajo “Reoperation for Hirschsprungs disease” estudiaron en un período de 23 años 107 pacientes con diagnóstico de Megacolon Congénito, a quienes se les realizó técnicas de Soave a 68 casos (63,55%) y Duhamel 39 casos (36,45%). Se reportaron complicaciones tanto para estenosis como para obstrucción en un 38%.

En Costa Rica se reporta otro estudio realizado en el Hospital "Dr. Carlos Sáenz Herrera " durante el período 2000-2010 en el que se obtuvo como resultados una relación hombre: mujer de 4:1, la mayoría de los casos ocurrieron en bebés a término, y la mayoría los primeros

síntomas comunes fueron distensión abdominal y vómitos biliosos. En el 78% de los casos la edad a la que ocurrió la enfermedad fue menos de un mes. Entre las técnicas quirúrgicas utilizado, la técnica Duhamel fue la más utilizada (48%), seguida de la extracción transanal técnica (35%). La complicación postoperatoria más común para el grupo Duhamel fue septo rectal (8 de 21 casos) y enterocolitis en el grupo de extracción transanal (14 de 19 casos). (García-Arias, 2013)

En Managua, Nicaragua la Dra. Elia María Montenegro, publica un estudio realizado en el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera “La Mascota” Junio del 2009 a Diciembre del 2012, cuyo objetivo es conocer el comportamiento clínico-quirúrgico de los pacientes con esta enfermedad operados con cirugía mínimamente invasiva basada en la corrección laparoscópica obteniendo como resultados que la mayoría de los niños del estudio son del sexo masculino, con una edad media de 4.7 años y originarios del área urbana principalmente de Managua. La principal forma de presentación clínica fueron datos de obstrucción intestinal funcional, tanto en el recién nacido como en el niño mayor; todos los niños fueron estudiados mediante una colografía y se confirmó el diagnostico mediante una biopsia rectal. Prevalió la enfermedad de Hirschsprung de segmento clásico. La principal complicación fue la enterocolitis con una incidencia del 25%, la dermatitis perianal 25%, constipación observada en el 18.75 % de los casos y un caso de incontinencia fecal. (Montenegro, 2012)

Otro estudio realizado en Managua, Nicaragua en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera “La Mascota” del 2013 al 2015 sobre el comportamiento clínico de los pacientes con megarectosigmoides secundario a estreñimiento reporta que la media de edad fue 6 años con el rango más registrado de 1-5 años (8, 44.4%) seguido de 6-10 años (7, 38.8%). En relación al sexo de pacientes atendidos el más frecuente fue el sexo masculino (13, 72.3%) seguido del femenino (5, 16.7%). Con respecto a la procedencia de los pacientes predomina el área urbana (15, 83.3%) seguido del área rural (5, 27.7%). En las características clínicas de los pacientes al momento del ingreso al estudio se encuentra que la sintomatología predominante fue dolor abdominal y encopresis/manchado (13, 72.2%) respectivamente seguido de la distensión abdominal (8, 44.4%), y en la exploración física predomina la palpación de masa abdominal (11, 61.1%) seguido de impactación fecal (8, 38.8%).

En el tratamiento empleado se empleó manejo intestinal cual se basa en el uso de dieta y limpieza intestinal con enemas en los 18 casos (100%) de estos 7 casos se desimpactaron en sala de operaciones y luego continuaron con enemas, seguido del hábito defecatorio en 12 casos (66.6%). En relación al tratamiento quirúrgico de los pacientes en estudio (cuadro N°3.1) se realizó colostomía en 1 caso (5.5%) seguido de resección de masa presácula en 1 caso (5.5%) y colostomía más resección de masa presacra en 1 caso (5.5%). (Galo., 2015)

En el departamento de Matagalpa no existen estudios relacionados a la patología a pesar de que se lleva un registro muy detallado de los casos en el HECAM en estos últimos años.

V. MARCO TEORICO

En este estudio se abordó la enfermedad de Hirschsprung en este medio hospitalario, pero sería imposible desarrollar el tema sin antes describir un poco aspectos sobre la embriología y anatomía normal del colon, para luego abordarla desde el punto de vista patológico.

Aproximadamente a la tercera semana de gestación inicia la diferenciación en donde se forman las tres capas germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo; de donde se originan todos los tejidos del cuerpo. (Sadler, T. W., Langman, J., Carreras i Goicoechea, E., Vigo Anglada, M., & Leland, J, 2012).

El tubo gastrointestinal, es el principal sistema de órganos que deriva de la capa endodérmica, el plegamiento cefalocaudal y lateral del embrión hace que una porción de la cavidad del saco vitelino revestida de endodermo se incorpore al embrión para formar el intestino primitivo. Otras dos porciones de la cavidad revestida de endodermo. El saco vitelino y el alantoides, permanecen fuera del embrión. (Sadler, et al., 2012)

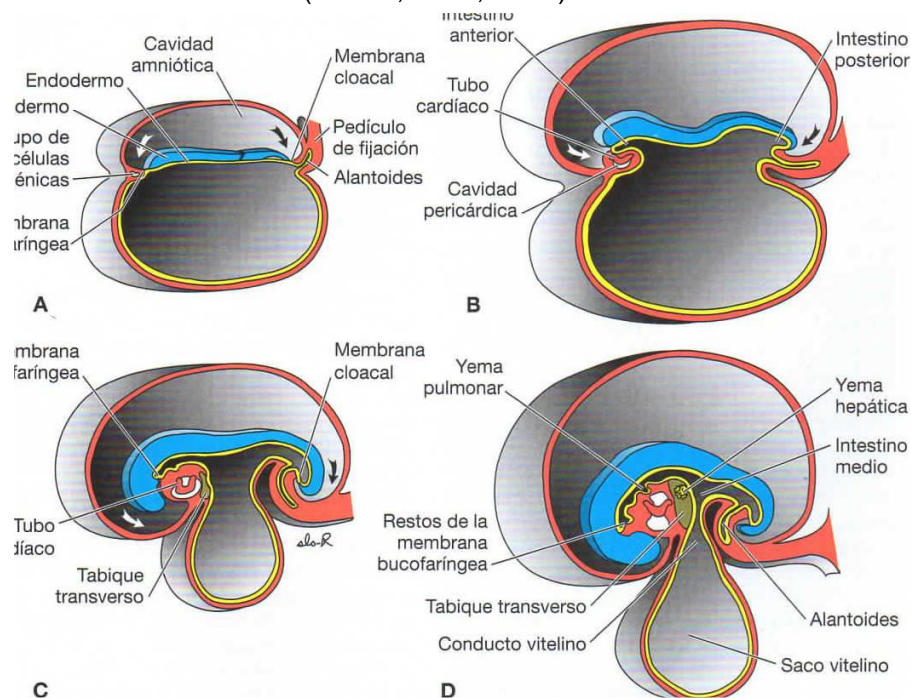


Figura #1. Secciones sagitales que muestran el plegamiento cefalocaudal del embrión en diversas fases del desarrollo. (Sadler, 2012 p.87)

En las partes cefálica y caudal del embrión, el intestino primitivo forma un tubo con el extremo ciego, el intestino anterior y el intestino posterior, respectivamente. La parte central, el intestino medio, queda temporalmente conectada al saco vitelino a través del conducto vitelino. El desarrollo del intestino primitivo y de sus derivados generalmente se describe en cuatro secciones:

- a) El intestino faríngeo o faringe se extiende desde la membrana bucofaríngea hasta el divertículo respiratorio y forma parte del intestino anterior.
- b) El resto del intestino anterior se dispone caudalmente respecto del tubo faríngeo y se extiende hasta la evaginación del hígado.
- c) El intestino medio se inicia en posición caudal respecto de la yema hepática y se extiende hasta el punto de unión de las dos terceras partes derechas del colon transversal con la tercera parte izquierda del mismo en el adulto.
- d) El intestino posterior se extiende desde la tercera parte izquierda del colon transversal hasta la membrana cloacal, la cual se rompe aproximadamente a la séptima semana de gestación para formar el orificio anal. (Sadler, et al., 2012)

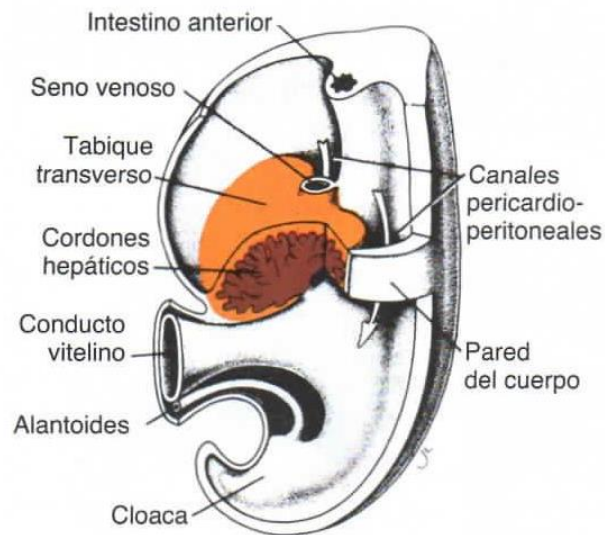


Figura #2. Corte transversal representación de un embrión de aproximadamente 5 semanas de gestación donde se observa la conformación del intestino. (Sadler, et al., 2012 p.91)

La especificación regional del tubo intestinal en distintos componentes se realiza en el mismo momento en que los pliegues laterales del cuerpo acercan los dos lados del tubo. Esta especificación es iniciada por un gradiente de concentración de ácido-retinoico (AR) desde la faringe (que se expone a poco o nada de AR) hasta el colon (que se expone a la máxima concentración de AR). Este gradiente de AR hace que los factores de transcripción se expresen en distintas regiones del tubo intestinal. (Sadler, et al., 2012)

Cuando el embrión tiene aproximadamente cuatro semanas de vida, aparece el divertículo respiratorio en la pared ventral del intestino anterior, en el límite con el intestino faríngeo. De forma gradual, el tabique traqueo esofágico separa este divertículo de la parte dorsal del intestino anterior esta manera, el intestino anterior queda dividido en una porción ventral, el primordio respiratorio y una porción dorsal, el esófago. (Sadler, et al., 2012)

El estómago aparece como una dilatación fusiforme del intestino anterior en la cuarta semana del desarrollo. Durante las semanas siguientes, su aspecto y su posición cambian considerablemente debido a la distinta velocidad de crecimiento de las diversas regiones de su pared y a los cambios de posición de los órganos circundantes. (Sadler, et al., 2012)

La parte terminal del intestino anterior y la parte cefálica del intestino medio forman el duodeno. Cuando el estómago rota, el duodeno adquiere la forma de un asa con el aspecto de C y rota hacia la derecha. (Sadler, et al., 2012)

En el embrión de cinco semanas, el intestino medio está suspendido de la pared abdominal dorsal mediante un mesenterio corto y se comunica con el saco vitelino a través del conducto vitelino o conducto umbilical. El desarrollo del intestino medio se caracteriza por la rápida elongación del intestino y de su mesenterio, lo que forma el asa intestinal primaria. La rama cefálica del asa se desarrolla formando la parte distal del duodeno, el yeyuno y parte del íleon. La rama caudal se transforma en la porción inferior del íleon, el ciego, el apéndice, el colon ascendente y los dos tercios proximales del colon transversal. (Sadler, et al., 2012)

El intestino posterior origina el tercio distal del colon transversal, el colon descendente, el colon sigmoideos, el recto y la parte superior del conducto anal, la parte distal del conducto anal se origina a partir del ectodermo.

El intestino posterior entra en la región posterior de la cloaca (futuro conducto ano rectal). Mientras que el alantoides entra en la región anterior (futuro seno urogenital). El tabique urorectal dividirá las dos regiones, y la rotura de la membrana cloacal que cubre esta zona crea una vía de comunicación con el exterior para el ano y el seno urogenital. (Sadler, et al., 2012)

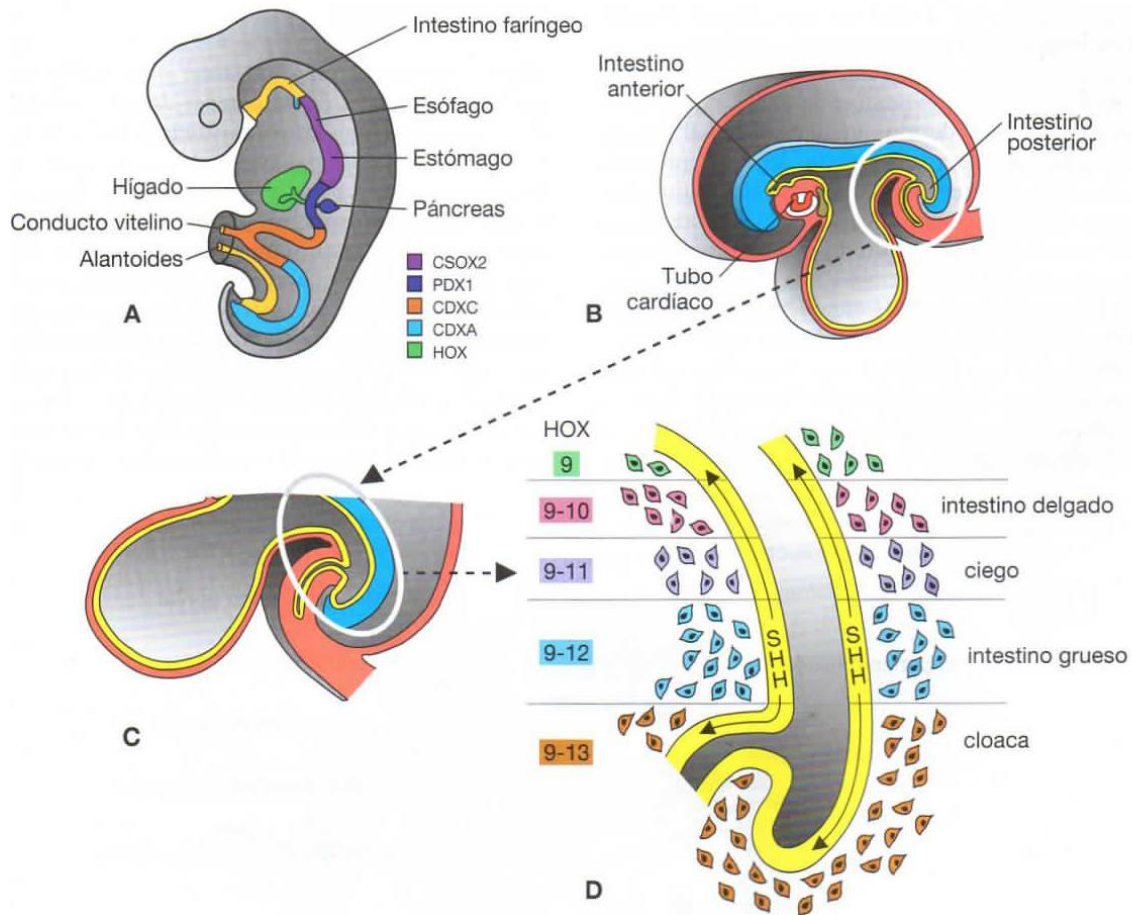


Figura #3. Diagrama que muestra la diferenciación molecular del intestino para su posterior maduración y diferenciación. (Sadler, et al., 2012, p.209)

El colon se extiende desde el orificio ileal hasta el ano, la disposición que el intestino adopta dentro de la cavidad abdominal se denomina marco cólico. (Pró,2012).

El intestino se divide en varias porciones, a saber: el ciego, situado por debajo del orificio ileal, junto con el apéndice vermiforme, luego el colon con sus diferentes porciones: colon ascendente que se dirige hacia la cara visceral del hígado y se continúa con la flexura cólica derecha, el colon transverso que continua desde la flexura cólica derecha o hepática, hasta parte izquierda de la cavidad abdominal, donde se encuentra la anulación del colon que se sitúa por debajo del bazo (flexura cólica izquierda) que se continúa con el colon descendente vertical hasta la cresta iliaca, seguido por el colon sigmoideo que es el segmento terminal del colon situado por encima de la línea arqueada de la pelvis que se continúa hacia abajo a la altura de S3 con el recto que se sitúa desde unos 13 – 15 cm del ano hasta la flexura perineal a 3 cm de la piel donde se continúa con el canal anal, que es la última porción del intestino grueso mide unos 3 – 4 cm de largo y termina en el ano. (Pró, 2012)

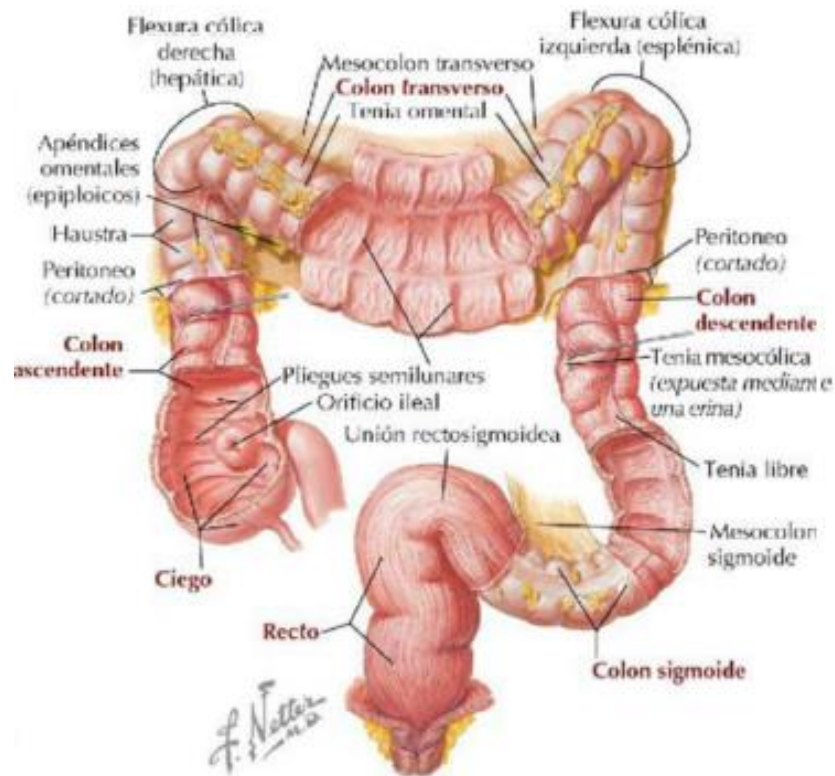


Figura #4. Dibujo de los diferentes segmentos del colon (Moore Keith L., Dalley II Arthur F. y Agur Anne M.R. 2013. Anatomía con orientación clínica. Wolters Kluwer Health, S.A., Lippincott Williams & Wilkins)

Según su fisiología e irrigación el colon puede dividirse de la siguiente manera: colon derecho, que comprende desde el ciego hasta la mitad del colon transverso, esta porción está irrigada por la arteria mesentérica superior, esta porción se encuentra distendida por gas y es donde se da la mayor absorción de agua del bolo fecal, luego el colon izquierdo que comprende desde la mitad izquierda del colon transverso hasta el colon sigmoideo, irrigado por la arteria mesentérica inferior, es más estrecho y se encarga de la evacuación del bolo fecal que es más pastoso y homogéneo a este nivel.(Pró, E. A. *Anatomía Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana) (2012).

El intestino grueso mide en su totalidad de 150 a 180 cm en el adulto, al abrir el abdomen se diferencia el colon del intestino delgado por su diámetro mayor y la presencia de tenías, haustras y apéndices omentales del colon. (Pró, 2012)

La parte derecha del intestino esta irrigada por ramas de la arteria mesentérica superior. A partir de la mitad izquierda del colon transverso el afluente sanguíneo está dado por las ramas de la arteria mesentérica inferior, 1) arteria cólica izquierda; 2) arterias sigmoideas; 3) la rama terminal es la arteria rectal superior. Las ramas de la mesentérica superior e inferior se anastomosan en el colon transverso. (Pró, 2012)

Las venas llevan un curso análogo al de las arterias y van a confluir en la vena mesentérica inferior, que se une a la esplénica y mesentérica superior para formar la vena porta hepática. Todos desembocan en la vena porta. (Pró, 2012)

El sistema nervioso intrínseco: Plexo Entérico, que forma parte del sistema nervioso Entérico, está constituido por:

- El Plexo submucoso (de Meissner) que está ubicado en la capa submucosa encargado de la sensibilidad.
- El plexo Mientérico (de Auerbach) con función motora dirige el peristaltismo intestinal, se encuentra entre la capa muscular longitudinal y la capa muscular circular.
- El plexo Subseroso es el más superficial cubierto por el peritoneo.
- El sistema nervioso Extrínseco contiene fibras parasimpáticas que vienen del plexo

Celiaco y activan el peristaltismo y fibras simpáticas que inhiben las contracciones intestinales. (Huerta Cornelio, 2009)

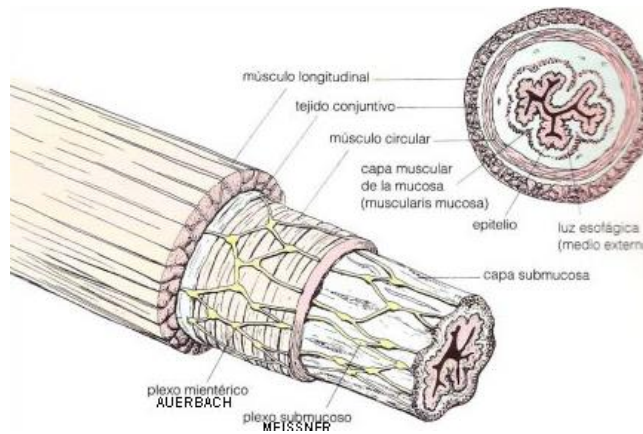


Figura #5. Diferentes capas que componen e colon. (Moore, et al., 2013)

Hablando fisiológicamente en un sentido amplio, el colon recicla los nutrientes, mientras que el recto se encarga de eliminar las heces. El reciclamiento de los nutrientes depende de la actividad metabólica de la flora cólica, la motilidad del colon y la absorción y secreción de la mucosa. La eliminación de las heces presupone la deshidratación del contenido cólico y la defecación. (Beauchamp, Evers, Mattox, y Townsend, 2013)

Durante el proceso digestivo, los nutrientes ingeridos se diluyen dentro de la luz intestinal por efecto de las secreciones biliopancreáticas y digestivas. El intestino delgado absorbe la inmensa mayoría de los nutrientes ingeridos, así como parte de los líquidos y sales biliares secretados a la luz. Sin embargo, el eluyente ileal sigue conteniendo abundante agua, electrolitos y nutrientes que se resisten a la digestión. El colon tiene como función la recuperación de estas sustancias, y evitar las pérdidas innecesarias de líquidos, electrolitos, nitrógeno y energía. Para ello, el colon depende enormemente de su flora bacteriana. (Beauchamp, et al., 2013)

En el momento en que el quimo alcanza el íleon terminal, la mayoría de los nutrientes se han absorbido, dejando un jugo intestinal compuesto de un líquido rico en electrolitos, sales biliares y algunas proteínas y almidones que han resistido la digestión. En el intestino grueso reside una enorme cantidad de flora autóctona, compuesta por más de 400 especies de bacterias. La mayor parte de estas especies colónicas son anaerobios. Estas bacterias se alimentan de las proteínas desprendidas de la pared intestinal y de carbohidratos complejos sin digerir. La microflora colónica ejerce varias funciones importantes para el anfitrión, entre

las que se encuentran la función de barrera que ayuda a mantener la integridad epitelial, las funciones nutritivas que utilizan polisacáridos vegetales y las funciones relacionadas con el desarrollo que estimulan la diferenciación epitelial y la angiogenia y, finalmente, las funciones inmunitarias a través del intestino. El tejido linfático asociado al intestino contribuye a las inmunidades innata y adaptativa. (Beauchamp, et al., 2013)

Los ácidos grasos de cadena corta (AGCC) se producen gracias a la fragmentación y fermentación microbianas de los almidones de la dieta. Estos ácidos grasos son la principal fuente de nutrición del colonocito. (Beauchamp, et al., 2013)

En el colon predominan las especies de Bacteroides, donde forman las dos terceras partes de las cifras totales de la porción proximal del colon y casi el 70% de las bacterias del recto. Escherichia, Klebsiella, Proteus, Lactobacillus y los enterococos son las especies predominantes de anaerobios facultativos. (Beauchamp, et al., 2013)

Al contrario que la mayor parte del recubrimiento mucoso de la porción proximal del tubo digestivo, la mucosa colónica no recibe su nutrición principal del torrente sanguíneo. En su lugar, las necesidades de nutrientes se cubren con el contenido de la luz del colon. La fuente principal de energía del colonocito son los AGCC. La manera en que se produce esta interacción ilustra la interacción simbiótica esencial entre el colon y su flora bacteriana residente. La principal fuente de energía de las bacterias intestinales es la fibra de la dieta, compuesta de carbohidratos. Esta fibra se metaboliza mediante el proceso de fermentación. No todos los carbohidratos complejos se fermentan del mismo modo, lo que sirve de base a muchas de las recomendaciones dietéticas. (Beauchamp, et al., 2013)

Los productos finales de la fermentación son los AGCC y los gases: dióxido de carbono, metano e hidrogeno. Aunque muy variable de una persona a otra, los gases producidos por la fermentación bacteriana, cuya variabilidad depende de la dieta, suponen alrededor del 50 al 75% del flato, y el resto consiste en aire deglutido. (Beauchamp, et al., 2013)

La fermentación proteínica, también conocida como putrefacción, se debe a la formación de posibles metabolitos tóxicos, como fenoles, Índoles y aminas. La producción de estas toxinas se inhibe en muchas bacterias intestinales por la presencia de fuentes alternativas de carbohidratos para obtener energía. Este proceso se acentúa en la zona más distal del colon a medida que escasean las fuentes de carbohidratos. (Beauchamp, et al., 2013)

La superficie absorptiva total del colon se aproxima a 900 cm². El efluente ileal diario vierte de 1.000 a 1.500 ml de líquido al ciego. El volumen total de agua de las heces tan solo representa de 100 a 150ml/día. Esta reducción decimal del agua a través del colon representa el sistema más eficiente de absorción del tubo digestivo por superficie. La absorción neta de sodio es aún mayor: aunque el eluyente ileal contenga 200mEq/ml de sodio, las heces solo poseen de 25 a 50 mEq/L. La mayor diferencia entre la absorción de sodio y agua en el colon radica en que si bien el agua se absorbe pasivamente, el sodio requiere un transporte activo. El sodio es transportado contra un gradiente químico y eléctrico y a expensas del consumo energético. (Beauchamp, et al., 2013)

Además de recuperar sodio y agua, la mucosa del colon absorbe ácidos biliares. El colon absorbe los ácidos biliares que escapan a la absorción en el íleon terminal, de manera que el colon participa de la circulación entero hepática. Los ácidos biliares son transportados pasivamente a través del epitelio del colon mediante difusión no iónica. Cuando se desborda la capacidad absorptiva del colon, las bacterias cólicas desconjugan los ácidos biliares, que, a su vez, impiden la absorción de sodio y agua y producen una diarrea secretora o colerético. La diarrea colerética se ve de forma transitoria en las primeras fases de la hemicolectomía derecha y de modo más permanente tras la resección ileal extensa. (Beauchamp, et al., 2013)

La función fisiológica de la secreción del colon se manifiesta en la insuficiencia renal crónica. Si los pacientes urémicos ingieren una cantidad normal de potasio, pueden mantener valores normales del potasio en sangre antes de requerir diálisis. Este fenómeno se asocia con un aumento compensador de la secreción cólica y de la excreción fecal de potasio. El epitelio del colon secreta cloruro con una tasa basal que aumenta en estados patológicos, como la fibrosis quística y la diarrea secretora. La secreción de cloruro también requiere el acoplamiento de Na⁺, K⁺ ATPasa y el cotransporte Na⁺K⁺2Cl⁻ para su salida pasiva por la membrana apical. El colon se relaciona con el metabolismo ácido básico general a través de estos intercambiadores. El aporte de H⁺ y bicarbonato a estos intercambiadores se mantiene gracias a la hidratación del CO₂ catalizado por la anhidrasa carbónica del colon.

Los cambios del pH sistémico modifican la actividad de la anhidrasa carbónica, favoreciendo la eliminación de H⁺ o de bicarbonato, según la necesidad, hasta que el pH sistémico retorna a la normalidad. (Beauchamp, et al., 2013)

La motilidad colónica es un proceso muy complejo y difícil de investigar por la falta de una terminología y de medidas estandarizadas. Además, el movimiento a través del colon es relativamente lento comparado con el de la porción proximal del tubo digestivo y los estudios exigen una observación prolongada. Los patrones de motilidad colónica pueden dividirse de forma más simple en dos patrones primarios, actividad segmentaria y actividad propagada. La actividad segmentaria consiste en contracciones aisladas o estallidos rítmicos de contracciones. El objetivo de estas contracciones segmentarias es empujar la materia fecal en sentido distal a través de un gradiente de presión hacia el recto en distancias definidas y permitir la mezcla, lo que favorece una absorción óptima. El segundo patrón es la actividad propagada, clasificada habitualmente en función de la amplitud como contracciones propagadas de amplitud baja o alta. Las contracciones propagadas de amplitud alta se han denominado habitualmente movimientos en masa o complejos motores migratorios cuya función es desplazar grandes cantidades de contenido a través del colon. Tienen una función importante en la defecación, de forma que los movimientos de masa propulsan grandes volúmenes de materia fecal a la zona distal del colon y vacían la porción descendente del colon en el colon sigmoides y el recto. Se sabe poco sobre las contracciones propagadas de amplitud baja, pero se asocian a la distensión de la víscera y el paso del flato.

Parece existir un ritmo circadiano en la motilidad colónica, con picos máximos de actividad inmediatamente después de despertarse y después de las comidas. El sueño se asocia a un descenso de la motilidad colónica. No es sorprendente que la ingestión de alimentos de lugar a un incremento de la motilidad colónica general durante alrededor de 2 horas. Este reflejo lo estimula no solo la distensión gástrica sino también el sistema nervioso central (SNC), iniciado por la visualización del alimento. Además, la composición de las comidas influye en las respuestas colónicas. El aumento de la actividad en respuesta a comidas de carbohidratos dura bastante poco, mientras que las comidas grasas desencadenan respuestas más prolongadas. Finalmente, el tránsito en el colon está controlado por el sistema nervioso autónomo. La inervación parasimpática alcanza el colon a través de los nervios vago y pélvico. El sistema nervioso entérico en el colon se dispone en varios plexos: Sub-seroso, mientérico (Auerbach), submucoso (Meissner) y mucoso. La inervación simpática se origina en los ganglios mesentéricos superior e inferior y alcanza el colon a través de plexos perivasculares. (Beauchamp, et al., 2013)

La defecación normal exige un tiempo suficiente de tránsito por el colon, además de la consistencia y continencia fecales. La continencia fecal presupone el aplazamiento de la evacuación; la discriminación entre el gas, los líquidos y las heces sólidas, y la eliminación selectiva de gas sin heces. Hay cierta controversia en cuanto a la función real del recto en condiciones de reposo. Para algunos, el recto es un simple conducto que debe hallarse vacío en reposo. Cuando las heces llegan al recto, se dispara el reflejo inhibitorio anorrectal, que obliga al sujeto a retener la deposición mediante la contracción voluntaria del esfínter externo. Sin embargo, cualquier cirujano que efectúe una proctosigmoidoscopia rígida por sistema en su consulta sabe bien que un paciente puede tener el recto lleno de heces sin saberlo. Así se explica la tesis contraria, que otorga al recto el carácter de reservorio. Por la misma razón que las heces disparan el reflejo inhibitorio anorrectal, también inician el reflejo recto cólico. Este reflejo permite el llenado continuo del recto con material fecal hasta que se vacía el colon. (Beauchamp, et al., 2013)

Los mecanismos de la continencia fecal no se conocen por completo. Se requiere cierta capacidad de almacenamiento para lograr la continencia fecal. Un recto rígido y no distensible, como sucede en la proctitis por radiación, puede producir incontinencia, a pesar de la competencia de los músculos esfinterianos. Se requiere parte de las fibras de los músculos esfinterianos interno y externo para una continencia adecuada, aunque muchos pacientes sufren una lesión del esfínter durante la fistulotomía y mantienen, pese a todo, la continencia.

Probablemente, el único factor verdaderamente necesario para la continencia fecal sea la innervación del esfínter. Para vaciar adecuadamente el recto no se precisan únicamente fibras nerviosas motoras, que contraen las fibras del esfínter, sino también toda la innervación sensitiva. (Beauchamp, et al., 2013)

Luego de haber retomado estos aspectos de gran importancia sobre el funcionamiento del colon podemos desarrollar nuestro tema empezando por la definición de esta.

La enfermedad de Hirschsprung, o megacolon agangliónico congénito es un trastorno del sistema nervioso entérico, caracterizada por la ausencia de células ganglionares en los plexos submucoso y mientérico. (Kliegman, 2011)

La ausencia de las células ganglionares en la pared intestinal, se extiende proximalmente y de forma continua desde el ano hasta una distancia variable. La ausencia de la innervación neural se debe a una interrupción de la migración neuroblástica desde el intestino proximal al distal. (Kliegman, 2011)

La falta de los plexos mientérico y submucoso provoca una relajación inadecuada de la pared intestinal y una hipertonía de la misma, lo que puede causar una obstrucción intestinal. Este trastorno suele ser esporádico, aunque se ha demostrado que presenta patrones de herencia dominante y recesiva en grupos familiares. Se han identificado defectos genéticos en múltiples genes que codifican proteínas de la vía de señalización RET (Receptor de transmembrana de la tirosinocinasa), GDNF (Factor neurotrófico derivado de la glia) y NTN y que se hallan implicados en la vía del receptor de tipo B de endotelina (EDN) (EDNRB, EDN3 y EVE-1). En las formas sindrómicas de EH se han descrito todas las formas de herencia mendeliana. Se han descrito hasta el momento once genes en diferentes cromosomas cuyas mutaciones pueden estar relacionados con la enfermedad: RET, GDNF, NTN, EDNRB, EDN3, ECE1, SOX10, ZFHX1B, PHOX2B, TCF-4, NTRK-3. Hasta ahora las mutaciones más importantes son las del gen RET (Receptor transmembrana de la tirosinocinasa), situado en el brazo largo del cromosoma 10, que se detectan hasta en un 50% de los casos familiares de Enfermedad de Hirschsprung y hasta en un 20% de los esporádicos, estando más relacionado con el trastorno de segmento largo. Este gen sería un gen clave para la EH, sus mutaciones además de estar relacionadas con varios tipos de neoplasias (protooncogén) juegan un papel sobresaliente en la formación del sistema nervioso entérico. Actuaría asociado al GDNF (Factor neurotrófico derivado de la glia) que es necesario para la supervivencia de muchos tipos de neuronas.

El gen EDNRB (Receptor de la endotelina B) se considera otro gen mayor, más relacionadas sus mutaciones con la Enfermedad de Hirschsprung de segmento corto, y que también interactuaría con el gen RET. (Gea, 2013)

En el 80% de los pacientes el segmento agangliónico se limita a la región recto sigmoidea. Alrededor del 10-15% de los pacientes tienen una enfermedad de segmento largo, que se define como una enfermedad proximal al colon sigmoide. La aganglionosis intestinal total es infrecuente y supone alrededor del 5 % de los casos. Las pruebas histológicas revelan la

ausencia de los plexos de Meissner y Auerbach, y unos fascículos nerviosos hipertrofiados con concentraciones altas de acetilcolinesterasa entre las capas musculares y en la submucosa. (Kliegman, 2011)

Aunque Harold Hirschsprung comunicó la primera descripción detallada del megacolon congénito en 1888, y se han publicado más de 500 documentos para aclarar su fisiopatología, aún se desconoce la causa de la enfermedad, en los últimos años la atención se enfocó en los defectos genéticos. (Ashcraft, 2001)

Dada la alta frecuencia de los casos esporádicos, la expresividad variable en diferentes miembros de una familia afectada y las diferencias independientes del género en la extensión de la aganglionosis sugieren que existe más de un gen implicado en la causa de la enfermedad. (Ashcraft, 2001)

Hasta ahora se han identificado tres genes y tres localizaciones cromosómicas en el hombre: el gen RET, localizado en el cromosoma 10 (autosómico dominante), el gen receptor de endotelina 3, que se detectó en el cromosoma 13 (autosómico recesivo), y el gen de endotelina 3 ubicado en el cromosoma 20 (autosómico recesivo). Sin embargo, todavía no se aclara si los defectos genéticos dan lugar a la ausencia de la proliferación celular en la cresta neural, a problemas de la migración de las células ganglionares o a una deficiencia del microambiente periférico. (Ashcraft, 2001)

La enfermedad de Hirschsprung resulta de una alteración congénita dada por la ausencia de neuronas o células ganglionares de los plexos intra murales intestinales. Es decir, tanto en los plexos mientérico o de Auerbach como en los submucosos o de Meissner, en segmentos específicos del intestino. (Benítez,2006)

Básicamente se trata de una ausencia de la propagación de la propulsión de ondas y una relajación anormal o ausente del esfínter anal interno por aganglionosis, hipoganglionosis o disganglionosis. (Ashcraft, 2001)

La peristalsis consiste en una relajación refleja por debajo y una contracción de la capa muscular circular por arriba del bolo intraluminal. Además, la capa longitudinal se contrae al mismo tiempo sobre el contenido intestinal lo cual induce la propagación aboral. El circuito del reflejo neural se genera por la distensión del intestino y la despolarización espontánea de las células marca paso en las capas del musculo liso. Los impulsos eléctricos viajan por las neuronas colinérgicas hacia las interneuronas ubicadas en los plexos submucoso y mientérico. Las interneuronas son de origen no adrenérgico y no colinérgico, pero dependen del trifosfato de adenosina, péptido intestinal vasoactivo y óxido nítrico, para producir inhibición directa sobre las células del musculo liso. (Ashcraft, 2001)

La falta de células ganglionares del sistema entérico resulta en una falta de estimulación intrínseca parasimpática del intestino, sin impedir la estimulación de los nervios del sistema nervioso simpático extrínseco. Esto da lugar a una falta de relajación esfinteriana y a un aumento de tono del musculo intestinal. (Benítez,2006).

Además de lo anterior en estos pacientes se pierde el reflejo esfinteriano inhibitorio a la distensión anal. A través de este reflejo normalmente se relajan las fibras del esfínter anal interno ante la distensión rectal. Este fenómeno no es solo importante en la fisiopatología de la enfermedad, sino que se observa en una de las pruebas diagnósticas, la manometría rectal. (Benítez, 2006).

Ya que la enfermedad de Hirschsprung es una obstrucción intestinal incompleta, con una longitud variable de intestino distal afectado, existen varios patrones de presentación clínica. Estos difieren en neonatos y niños mayores, obteniéndose datos importantes para el diagnóstico mediante el interrogatorio y el examen físico. (Briceño Iragorry Leopoldo, 2003).

En el Recién nacido el diagnostico suele ser difícil: puede presentar signos de obstrucción intestinal temprana o constipación seguida de expulsión de heces en forma explosiva y diarreicas, distensión abdominal y vómitos, sin embargo, el niño puede aparentar normalidad en otras ocasiones. (Briceño, 2003)

La enfermedad de Hirschsprung suele diagnosticarse en el periodo neonatal, debido a un cuadro de distensión abdominal, la incapacidad de expulsar el meconio y unos vómitos o aspirado del contenido gástrico bilioso, con intolerancia de las tomas. En el 99% de los lactantes a término sanos, la expulsión del meconio se produce durante las primeras 48 horas de vida. La enfermedad debe sospecharse en cualquier lactante a término con retraso de la defecación (la enfermedad es poco frecuente en los lactantes prematuros). Algunos lactantes expulsan el meconio con normalidad, aunque más tarde presentan una historia de estreñimiento crónico. Dado que la enfermedad de Hirschsprung se suele diagnosticar en fases tempranas de su evolución, el retraso del crecimiento, asociado a hipoproteïnemia por una enteropatía perdedora de proteínas, es una presentación menos frecuente. Los lactantes con lactancia materna pueden sufrir una enfermedad menos grave que los alimentados con biberón. (Kliegman, 2011)

La presentación típica de un lactante incluye la falta de evacuar meconio en las primeras 48 horas de vida, distensión abdominal, vómito y constipación. A menudo el cuadro clínico en esta edad es el de una obstrucción intestinal distal aguda con distensión abdominal y vómito biliar. En este grupo de edad, hay que descartar enfermedad de Hirschsprung en todo caso de perforación de apéndice o ciego de causa no aparente. (Benítez, 2006)

En infantes mayores y en niños, los síntomas predominantes son aquellos relacionados a la constipación crónica. Adicionalmente puede existir distensión abdominal y vómito. (Benítez, 2006)

La gravedad de los síntomas y el grado de estreñimiento varían considerablemente entre los pacientes y en casos individuales. En consecuencia, algunos lactantes sufren obstrucción intestinal completa, mientras que otros evidencian relativamente pocos síntomas en las primeras semanas o meses de vida. (Ashcraft, 2001)

La incapacidad para el tránsito de las heces causa una dilatación del intestino proximal y distensión abdominal. A medida que el intestino se dilata, la presión intraluminal aumenta, disminuye el flujo sanguíneo y se deteriora la barrera mucosa. La estasis permite la proliferación bacteriana, que puede causar una enterocolitis (*Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus*, anaerobios, coliformes) asociada con diarrea, hipersensibilidad

dolorosa intestinal, sepsis y signos de obstrucción intestinal. Para reducir la morbilidad y mortalidad, es esencial reconocer de forma precoz la enfermedad de Hirschsprung antes del inicio de la enterocolitis. (Kliegman, 2011)

En pacientes de más edad, este trastorno debe distinguirse de otras causas de distensión abdominal y estreñimiento crónico. A menudo, la historia clínica revela una dificultad para la defecación, que comienza en la lactancia y responde mal al tratamiento médico. No suele haber incontinencia fecal, urgencia para defecar ni conductas de retención fecal. El abdomen es timpánico y aparece distendido, con una gran masa fecal palpable en el abdomen inferior izquierdo. La exploración rectal muestra un ano situado en una posición normal que permite la entrada del dedo con facilidad, pero resulta estrecho a la palpación. (Kliegman, 2011)

El examen rectal, una sonda rectal, termómetro o lavados pueden inducir salida explosiva de heces líquidas y gas sospechoso de enterocolitis. Esto alivia los síntomas durante un corto periodo y luego recurre la distensión abdominal. En el examen rectal se encuentra hipertrofia del esfínter rectal y el recto casi siempre está vacío. (Ashcraft, 2001)

En los recién nacidos, el diagnóstico diferencial incluye el síndrome de tapón meconial, el íleo meconial y la atresia intestinal. En los pacientes de más edad, debe considerarse la tríada de Currarino (malformaciones anorrectales: ano ectópico, estenosis anal, ano imperforado; anomalías del hueso sacro: hipoplasia, mala segmentación; y masas pre sacras: meningoceles anteriores, teratoma, quiste). (Kliegman, 2011)

La Enfermedad de Hirschsprung puede ser clasificada según el segmento intestinal comprometido. Así puede dividirse en:

Segmento Corto: Cuando no compromete más allá de la unión recto-sigmoidea Ultracorto: Si sólo afecta esfínter interno o menos de 5 cm del recto distal próximos a dicho esfínter.

Segmento Largo: Cuando el segmento agangliónico afecta más allá de la unión Recto-sigmoidea.

Otros autores sólo distinguen dos tipos: Segmento corto y Segmento largo. Siendo controversial la existencia de EH de segmento ultracorto, ya que esta compromete menos de 5 cm del recto distal. (Rosales, 2004)

La presencia de la EH se sospecha a partir del interrogatorio y los hallazgos clínicos. El diagnóstico se establece por examen radiológico, manometría anorrectal y análisis histológico de las muestras de biopsia. (Ashcraft, 2001)

El principal criterio clínico es el estreñimiento crónico que puede iniciarse con más frecuencia a menor edad. El estreñimiento clásicamente se ha definido como la disminución en la frecuencia de la emisión de heces, cualquiera que sea su consistencia o volumen; en la actualidad para su definición se aceptan los criterios de Roma III y su diagnóstico incluye al menos 2 de los siguientes criterios que deben presentarse al menos 1 vez por semana durante un periodo mínimo de 2 meses previos al diagnóstico en un niño con al menos 4 años de edad:

- Menos de tres deposiciones a la semana.
- Al menos un episodio de incontinencia fecal por semana.
- Existencia de posturas o actitudes retentivas para evitar la defecación.
- Defecación dolorosa.
- Heces de gran diámetro en el recto o palpables a nivel abdominal.
- Deposiciones excesivamente voluminosas que obstruyen el WC. (Francisco Sánchez Ruiz)

En el recién nacido se sospecha de enfermedad de Hirschsprung cuando ocurre enterocolitis necrotizante o ausencia de meconio en las primeras 24 horas de vida. El estreñimiento puede iniciarse en los lactantes cuando se cambia la dieta y se quita la lactancia materna exclusiva. (Eslava Schmalbach, 2006)

Puede sospecharse cuando las radiografías abdominales en posición supina y vertical muestran niveles hidroaéreos en el colon. (Ashcraft, 2001)

El colon por enema es un estudio que de preferencia debe llevarse a cabo sin previa aplicación de enemas pues estos al ayudar a liberar el gas y heces descomprimen el intestino y pueden crear un falso negativo. (Benítez, 2006).

Puede mostrar un segmento estrecho distal de longitud variable y dilatación del segmento proximal con un segmento intermedio o de transición. (Eslava Schmalbach, 2006)

Los hallazgos comunes incluyen recto de calibre normal, o segmento distal estrecho, dilatación con forma de embudo a nivel de la zona de transición y dilatación importante del colon proximal. En los casos dudosos, la retención del medio de contraste por más de 24 horas ayuda a establecer el diagnóstico. (Ashcraft, 2001)

La valoración del tiempo del tránsito intestinal con marcadores radiopacos ofrece una oportunidad para identificar el nivel de algún daño eventual del transporte. El tiempo de tránsito siempre es prolongado en la aganglioneosis típica y la identificación del punto más distal al que llegan los marcadores ayuda a determinar el nivel de resección. (Ashcraft, 2001)

La precisión diagnóstica de la manometría anorrectal para la EH se refiere hasta en un 85%. En condiciones normales la distensión rectal con un globo produce la relajación del esfínter anal interno. (Ashcraft, 2001). Este estudio aprovecha este reflejo normal inhibitorio del esfínter anal a la distensión rectal. Casi simultáneamente al dilatarse el recto con un pequeño globo, el esfínter interno se relaja y el externo se contrae. En la enfermedad de Hirschsprung, el esfínter interno no se relaja e inclusive puede aumentar de tono ante la dilatación rectal. (Benítez, 2006)

La manometría anorrectal puede proporcionar datos confusos en los recién nacidos. Los autores creen que el reflejo del esfínter rectal normal se completa para el duodécimo día de vida. Este reflejo no se ha identificado en niños menores de 39 semanas de edad gestacional o en los que pesan menos de 2,700 gr. Con estas limitaciones la manometría anorrectal representa una excelente herramienta para la detección de EH y otros trastornos relacionados. (Ashcraft, 2001)

La biopsia transrectal bajo anestesia general está indicada en pacientes con estreñimiento crónico de difícil manejo, con radiología no conclusiva. (Eslava Schmalbach, 2006)

Lo más importante en la biopsia rectal es la altura a la cual se toma. La parte distal del canal anal normalmente no tiene células ganglionares, por lo tanto, es esencial tomarla por encima

de ese nivel. (Leopoldo Briceño Iragorry, 2003)

Se realizan dos tipos de biopsias: la biopsia submucosa rectal por succión y la biopsia rectal quirúrgica de toda la pared intestinal. La biopsia por succión es menos invasiva, puede realizarse sin sedación y con pocas complicaciones, esta prueba aprovecha el hecho que en la EH no existen neuronas en los plexos submucosos por lo que es una biopsia menos profunda. La biopsia quirúrgica se utiliza en el caso de que no se tengan equipos para realizar la biopsia por succión. (Benítez, 2006)

Este procedimiento consta de los siguientes pasos: 1) se prepara al paciente el día previo sometándolo a una desimpactación fecal bajo anestesia general. 2) se toman muestras que incluyan submucosa a 2, 4 y 6 cm de la línea pectínea, y 3) el diagnóstico definitivo de la EH debe tener siempre la confirmación histopatológica que demuestre la ausencia de las células ganglionares. (Eslava Schmalbach, 2006)

Histopatológicamente la enfermedad de Hirschsprung se caracteriza por la ausencia de células ganglionares parasimpáticas, frecuentemente acompañada de hipertrofia de los troncos nerviosos. Las dificultades de trabajar con muestras obtenidas mediante biopsia por succión estriban en que las células ganglionares en la submucosa son más pequeñas y están más esparcidas que en el plexo intramural y que la inmadurez normal del plexo nervioso en los neonatos (principalmente si son pre término) hace que se confundan con macrófagos, células de músculo liso o células de Schwann (Menchaca Cervantes, 2013).

En México, la técnica histopatológica más utilizada es la de tejido incluido en parafina y teñido solo con hematoxilina y eosina. Debido a la falta de uso de técnicas auxiliares que apoyen el diagnóstico histopatológico, es probable que entre los resultados existan algunos falsos positivos. En este punto es importante considerar que es más fácil descartar la enfermedad que confirmarla. (Menchaca Cervantes, 2013)

La histoquímica enzimática con acetilcolinesterasa, que tiene como propósito facilitar el reconocimiento de las células ganglionares, sigue siendo controvertida. Con el advenimiento de la inmunohistoquímica como técnica auxiliar en el diagnóstico histopatológico se han propuesto varios anticuerpos que permiten identificar con certeza las células ganglionares.

Entre los marcadores que han demostrado más utilidad están los anticuerpos para calretinina, con los que se alcanzan sensibilidad y especificidad de 100 %. (Menchaca Cervantes, 2013)

Una vez que se establece el diagnóstico, el tratamiento definitivo es la intervención quirúrgica. Con anterioridad, se realizaba una ostomía temporal y la cirugía definitiva se difería hasta que el niño fuese mayor. En la actualidad, muchos lactantes se someten a un procedimiento de pull-through, salvo si existe una enterocolitis asociada u otras complicaciones, cuando suele requerirse una ostomía de descompresión.

Existen cuatro opciones quirúrgicas básicas. El primer procedimiento quirúrgico satisfactorio, descrito por Swenson, fue extirpar el segmento agangliónico y anastomosar el intestino proximal normal al recto 1-2 cm por encima de la línea dentada. La operación es técnicamente difícil y dio lugar al desarrollo de otros dos procedimientos. El paciente se coloca de tal forma que se tenga acceso al abdomen y perineo al mismo tiempo. Se recogen biopsias seromusculares o de espesor total para identificar la extensión proximal de la agangliosis mediante técnicas rápidas de tinción. Se disecan el colon proximal y su mesenterio de manera que se obtenga una longitud suficiente para la reconstrucción sin comprometer el aporte sanguíneo.

Luego se corta el reflejo peritoneal en el recto sigmoide, se identifican ambos uréteres y conductos deferentes y se comienza la disección pélvica. Esta se realiza cerca de la pared rectal para proteger el Sistema nervioso autónomo de la pelvis. La división del recto sigmoide se practica con una engrapadora al nivel conveniente. Después se introduce una pinza larga y curva a través del ano para sujetar el muñón del recto sigmoide e invertirlo. La línea mucocutánea debe verse con claridad. Se traza una incisión oblicua a través de la mitad anterior del recto prolapsado y se introduce una pinza en la pelvis para tomar y tirar del segmento ganglionar proximal a través del ano. Entonces se divide la pared intestinal proximal y se realiza una anastomosis fuera del ano con puntadas separadas de material absorbible que aproximen las primeras capas musculares y luego las capas mucosas. Por último, se permite que la anastomosis regrese a la pelvis.

Duhamel describió una técnica para crear un neorrecto, descendiendo un intestino con inervación normal por detrás del recto agangliónico. El neorrecto creado con este

procedimiento tiene una mitad agangliónico anterior con sensibilidad normal y una mitad gangliónica posterior con propulsión normal. Los principios de este procedimiento son la conservación del esfínter anal interno, abertura solo del espacio recto rectal seguida del descenso recto rectal de la parte ganglionar del colon y eliminación del tabique colorectal. El recto se divide y se Cierra justo por arriba del reflejo peritoneal. Después se efectúa la resección del colon aganglionar. Se desarrolla el espacio recto rectal con disección roma hasta el piso pélvico. En el procedimiento original Duhamel se empuja una pinza larga y curvada con una esponja pequeña hasta este espacio para evertir la pared rectal posterior a través del ano. La mitad posterior del recto se corta justo por arriba de la línea dentada. A continuación, puede sujetarse la esponja en forma retrograde con otra pinza curva, la cual se empuja en sentido retrograde en la pelvis. Entonces es fácil tirar del colon a través de la incisión endoanal. Se identifica el nivel hasta el cual se demostró la presencia de células ganglionares, punto donde se secciona el colon y se une con el borde cortado del recto, con lo que se crea la anastomosis colorectal termino lateral. La anastomosis latero lateral final de la parte anterior del recto aganglionar y la posterior ganglionar del colon se crea por aplastamiento del tabique o con engrapadora. Hoy en día, la anastomosis rectocolonica se practica con mayor frecuencia mediante este último instrumento. Esta técnica debe evitar la creación de un saco rectal ciego anterior, lo cual ocasionaría retención de heces y obstrucción.

El procedimiento endorrectal que consiste en un pull-through, descrito por Soave, implica denudar la mucosa del recto agangliónico y pasar un segmento de colon con innervación normal a través del manguito muscular residual, para derivar el intestino patológico desde dentro. Los avances en la técnica han permitido realizar procedimientos de pull-through endorrectales por laparoscopia en una sola intervención, que son el tratamiento de elección. (Menchaca Cervantes, 2013)

En 1998 De la Torre publicó una importante modificación consistente en utilizar únicamente la vía transanal para realizar la mucosectomía rectal, la resección del segmento agangliónico, el descenso y la anastomosis del colon normogangliónico.

En la enfermedad de Hirschsprung de segmento ultracorto o en la acalasia del esfínter interno, el segmento agangliónico se limita al esfínter interno. Los síntomas clínicos son similares a los de los niños con estreñimiento funcional. En la biopsia rectal por succión se encuentran

células ganglionares, pero con incapacidad de relajación del esfínter anal interno en respuesta a la distensión rectal. El tratamiento actual, aunque sigue siendo controvertido, consiste en la inyección anal de toxina botulínica para relajar el esfínter anal, así como en la miectomía anorrectal si está indicado. (Menchaca Cervantes, 2013)

La enfermedad de Hirschsprung de segmento largo, que afecta a la totalidad del colon y en ocasiones a parte del intestino delgado. En la biopsia rectal por succión se encuentran signos de enfermedad de Hirschsprung, aunque los estudios radiológicos son difíciles de interpretar porque no se puede identificar una zona de transición colónica. La extensión de la aganglioneosis puede determinarse de forma precisa mediante biopsia en el momento de la laparotomía. Cuando todo el colon es agangliónico, a menudo junto con una longitud del íleon terminal, el tratamiento de elección es la anastomosis ileal-anal conservando parte del colon agangliónico para facilitar la absorción de agua, lo que ayuda a que las heces adquieran consistencia. El pronóstico de la enfermedad de Hirschsprung tratada mediante cirugía suele ser satisfactorio. Entre los problemas postoperatorios, hay que citar el estreñimiento, la enterocolitis recidivante, así como estenosis, prolapsos, abscesos perianales y pérdidas fecales. Algunos niños requieren una miectomía o repetir el procedimiento de pull-through. (Kliegman, 2011)

VI. PREGUNTAS DIRECTRICES:

- ¿Cuál es el comportamiento epidemiológico según las características demográficas de los pacientes en estudio?
- ¿Cuál es la presentación clínica más común en niños con Enfermedad de Hirschsprung?
- ¿Cuál es el tipo de segmento más comúnmente afectado en los niños con enfermedad de Hirschsprung?
- ¿Cuál es el medio diagnóstico más utilizado para la Enfermedad de Hirschsprung?
- ¿Cuál es la técnica quirúrgica más empleada en los niños con enfermedad de Hirschsprung?

VII. DISEÑO METODOLÓGICO:

Área de estudio:

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa, Nicaragua.

El HECAM se encuentra localizado al Norte de Matagalpa, brinda sus servicios a las comunidades y barrios del municipio y al Departamento en general.

Cuenta con un área de 42,156 metros cuadrados y una construcción 22,500 metros cuadrados.

El personal que labora es de 635, entre médicos especialistas, generales, internos, enfermeras (os) y personal administrativo.

Tipo y diseño de investigación

Estudio Descriptivo tipo serie de casos, corte transversal, Retrospectivo

-Descriptivo porque el objetivo no es evaluar una hipótesis de trabajo, si no es describir cómo se distribuye y cuál es la frecuencia de la enfermedad de Hirschsprung en la población estudiada. (Paneque, 2010)

-Series de casos: ya que se describe la experiencia de un grupo de pacientes con un diagnóstico similar.

-Transversal, porque no existe continuidad en el eje del tiempo. Es un estudio diseñado para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo, que no involucren seguimiento. (Panique, 2010)

-Retrospectivo debido a que es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado obtenidos de archivos. (Paneque, 2010)

Población de estudio

Todos los niños(as) que asistieron a consulta con datos de estreñimiento y distensión abdominal al servicio de cirugía pediátrica del Hospital Escuela César Amador Molina dentro del período comprendido de enero 2005 al 30 de junio de 2017.

Un total de 293 pacientes.

Muestra

24 pacientes atendidos en el servicio de cirugía pediátrica con diagnóstico de enfermedad de

Hirschsprung del 1 enero del 2005 al 30 de junio del 2017, los que se seleccionaron arbitrariamente ya que sus expedientes cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Muestra que se corresponde al 8% de la población en estudio.

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia

Es no probabilístico por conveniencia debido a que los expedientes clínicos que se seleccionaron debían de cumplir con los requerimientos específicos para dicho estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

✓ Criterios de inclusión

Niños(as) con edades de 2 días de vida a 12 años de edad.

Niños ingresados en el periodo de estudio comprendido.

Niños(as) diagnosticados con Enfermedad de Hirschsprung confirmado por biopsia rectal.

Paciente con expedientes que contengan todas las variables a estudio.

✓ Criterios de exclusión

Niños mayores de 12 años de edad.

Niños ingresados fuera del periodo establecido en estudio.

Niños(as) sin diagnóstico definitivo mediante biopsia.

Todo expediente incompleto, que no suministre la información de las variables de interés.

Plan de recolección de la información

Luego de plantear el tema y los objetivos de la presente investigación y de la realización de la ficha de recolección de la información con las variables a estudiar, se solicitó autorización al acceso del archivo de registro del Hospital Regional César Amador Molina y posterior a su aprobación se llevó a cabo la revisión de aquellos expedientes clínicos de pacientes menores de 12 años diagnosticados y post operados por enfermedad de Hirschsprung cuyo diagnóstico fue realizado dentro del período comprendido entre el 1 de enero de 2005 al 30 de junio de 2017

Plan de análisis de los datos

1. El diseño de la base de datos se llevó a cabo por medio del programa SPSS Versión 22.
2. Se aplicó el formato de recolección de la información a las historias clínicas seleccionadas
3. Se procedió a digitar los datos obtenidos y la evaluación del formato
4. Según los resultados obtenidos se obtuvo el tamaño de la muestra y se realizaron los ajustes correspondientes en el diseño metodológico, incluyendo el formato de recolección de la información y por ende la base de datos en caso de ser necesario.
5. Se obtuvieron los datos correspondientes de las historias clínicas seleccionadas según el muestreo y se procedió a su inmediata digitación en la base de datos de SPSS versión 22, realizando doble digitación para asegurar la calidad de datos.

Variables:

Comportamiento Clínico.

Comportamiento epidemiológico.

Servicios de cirugía.

Sub variables

Características Epidemiológicas

Sexo

Fecha de Nacimiento

Edad de Diagnostico

Procedencia

Presentación Clínica

Obstrucción Intestinal Funcional del Recién Nacido

Estreñimiento Crónico

Distensión abdominal

Vómitos.

Segmento aganglionar:

Segmento corto

Segmento ultracorto

Aganglionismo Total

Medios diagnósticos:

Radiografías

Biopsia rectal

Colon por enema.

Técnica quirúrgica:

Técnica de Duhamel

Técnica de Soave

Técnica de Swenson

Técnica De la Torre.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó permiso a la dirección docente del Hospital Escuela César Amador Molina para tener acceso a información, los datos recolectados fueron manejados con estricta confidencialidad y respeto. No se publicaron nombres ni direcciones para mantener sigilo ético. La investigación no implicó ningún riesgo para la salud de la comunidad.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio realizado sobre el comportamiento clínico y epidemiológico de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años de edad atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM del 1 de enero del 2005 al 30 de junio del 2017, se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación al sexo de pacientes atendidos en el HECAM el más frecuente fue el sexo masculino con 58.3% seguido del femenino con un 41.7% confirmando la mayor prevalencia en varones y coincidiendo con lo descrito en México por la Dra. Guadalupe Muzquiz Barrera y col; quienes, en un grupo de 41 pacientes estudiados con diagnóstico de Megacolon congénito, encontraron una relación de 2:1 para el sexo masculino. Así mismo en el estudio realizado en Maracaibo de Megacolon congénito obtuvo como resultado que el sexo predominante en el estudio realizado fue el masculino con 64 casos (73,56%) de un total de 87 casos, con una relación de 2,7:1 como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla 1. Frecuencia de presentación según sexo de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005– I semestre 2017.

Sexo		
N=24	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	10	41.7
Masculino	14	58.3
Total	24	100

Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos. (ver anexo #3)

Con respecto a la edad de diagnóstico se encontró que la edad media fue a los 5 años con el rango de edades más registrado de 1-5 años (45.8 %) lo que contrasta de cierto modo con resultados de otros estudios como el de Marciano Torres en el cual se obtuvo que la edad más frecuente de presentación fue en recién nacidos con 25 casos (28,73%) y en la etapa de un mes a tres años con 36 casos (41,38%). Por lo tanto, se consideró que a pesar de que los síntomas están presentes desde el nacimiento, el diagnóstico no se está realizando de forma precoz probablemente porque no se tenga la sospecha clínica; lo que puede llevar a la tendencia de aumentar el número de casos diagnosticados en edades más tardías.

Tabla 2. Frecuencia de presentación según rango de edades de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005–I semestre 2017.

Rango de edades		
N=24	Frecuencia	Porcentaje
0- 12 meses	5	20.8
1- 5 años	11	45.8
6- 10 años	7	29.1
11- 12 años	1	4.1
Total	24	100.0

Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos. (ver anexo #3).

Con respecto a la procedencia de los pacientes (TablaNº3) predominan los provenientes de la cabecera departamental con un 45.8 % seguido de San Ramón con un 12.5%.

Tabla 3. Frecuencia de la distribución geográfica de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005 - I Semestre2017.

Procedencia		
N=24	Frecuencia	Porcentaje
Ciudad Darío	1	4.1
Terrabona	2	8.3
Sébaco	1	4.1
Matagalpa	11	45.8
San Ramón	3	12.5
San Dionisio	1	4.1
Matiguás	1	4.1
Paiwas	2	8.3
Estelí	2	8.3
Total	24	100.0

Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos. (ver anexo #3)

En la presentación clínica de los pacientes al momento del ingreso al estudio se encontró que la sintomatología predominante fue el estreñimiento (58.3%) seguida de la distensión abdominal (29.1 %) lo que confirma los hallazgos publicados en la investigación realizada en Maracaibo en la cual el síntoma de presentación más frecuente fue la constipación con un 32,18%y concordando con lo descrito por la mayoría de los autores. La mayoría de los autores mencionan en sus investigaciones que todos los enfermos tendrían estreñimiento, aunque menos expresivo en los lactados a pecho. Los recién nacidos y lactantes pequeños presentan con frecuencia clínica de obstrucción intestinal y distensión abdominal. Dado que la mayoría de pacientes de nuestro estudio son niños en rango de edades de 1-5 años justifica que la forma de presentación más frecuente sea el estreñimiento.

Tabla 4. Presentación clínica de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005–I semestre 2017.

Presentación Clínica		
N=24	Frecuencia	Porcentaje
Distensión Abdominal	7	29.1
Estreñimiento	14	58.3
Vómitos	1	4.1
Obstrucción Intestinal Funcional del Recién Nacido	2	8.3
Total	24	100.0

Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

El medio de diagnóstico utilizado fue la Biopsia rectal en un 100 % de los pacientes lo que de igual modo resultó en una investigación hecha en Guatemala por María Alejandra Rosales sobre el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad, donde describen a la biopsia rectal como método de diagnóstico definitivo. Cabe resaltar que la radiografía abdominal solo se indicó de forma adicional en 8.6 % de los pacientes y a un 39.1% se le realizó el enema de contraste además de la biopsia.

Tabla 5. Medio diagnóstico de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005–I semestre 2017.

Medio Diagnóstico		
N=24	Frecuencia	Porcentaje
Radiografía	2	8.6
Enema de Contraste	9	39.1
Biopsia Rectal	24	100

Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

En cuanto al tipo de segmento del colon más comúnmente afectado (TablaNº6) el más predominante fue el de segmento corto (63.6%) de los casos, observándose resultados similares a lo descrito en la literatura que la EH más frecuente es la de segmento corto donde el aganglionismo no se extiende más allá de la sigma (80% de los casos).

Tabla 6. Tipo de segmento afectado en la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005 – I Semestre 2017.

Tipo de Segmento Afectado		
N=11	Frecuencia	Porcentaje
Segmento Ultracorto	2	18.2
Segmento Corto	7	63.6
Agangliosis Total	2	18.2
Total	11	100.0

Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

La cirugía correctiva se llevó a cabo en 47.8% de los pacientes diagnosticados, siendo un 52.2% los no sometidos a cirugía que en su caso fueron tratados con limpieza con enemas, desimpactación fecal.

El tratamiento quirúrgico se realizó en 47.8 % de los casos y el 52.2 % no necesito tratamiento quirúrgico ya que en pacientes con un segmento extraordinariamente corto de agangliosis, el manejo se realizó con métodos conservadores a base de enemas, desimpactación fecal u otros procedimientos, para lograr la evacuación diaria de heces, coincidiendo con el estudio realizado en Maracaibo en el cual de los 87 casos con Megacolon Congénito se utilizó enema evacuador como tratamiento médico inicial en 92% de los casos y en 8% de los casos restantes en los cuales no se realizó enema evacuador como tratamiento inicial la conducta a seguir fue la quirúrgica por medio de laparotomía exploradora

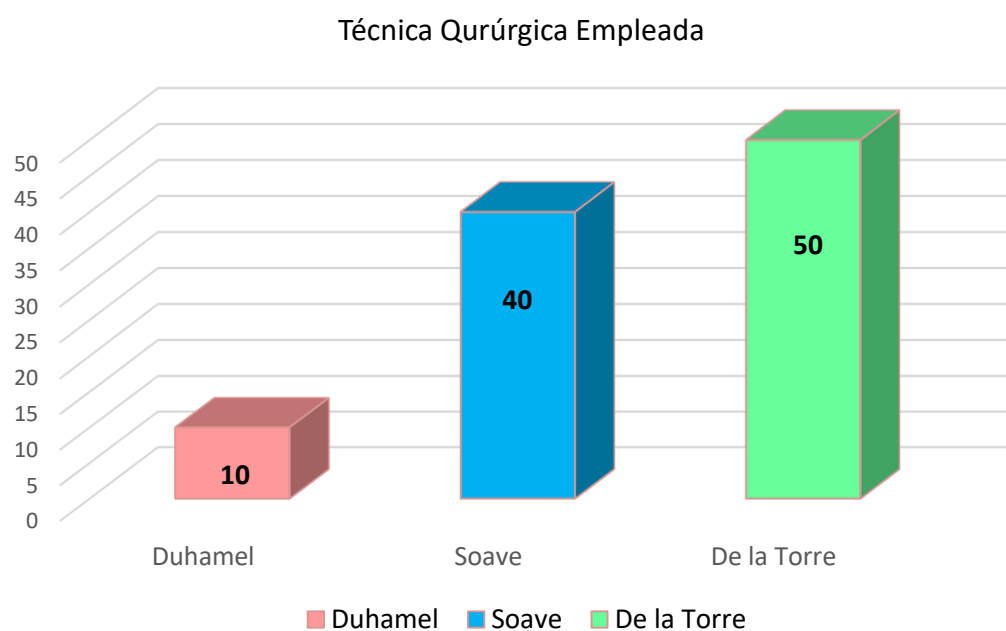
Tabla 7. Cirugías Correctivas efectuadas en la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005– I Semestre 2017

Cirugía Correctiva		
N=24	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	47.8
No	13	52.2
Total	24	100.0

Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

La técnica quirúrgica que más se utilizó fue la técnica De la Torre en un 50% de los pacientes lo que coincide con otros estudios como el de Maracaibo y entre otros autores los cuales han publicado mediante varios estudios que este abordaje es el más factible y seguro para el tratamiento de la forma rectosigmoidea clásica de esta entidad y que ofrece las mismas ventajas que la cirugía de mínimo acceso.

Grafico # 8 Técnicas Quirúrgicas empleadas en la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM , Matagalpa, durante el periodo 2005– I semestre 2017 (tomado de tabla #8)



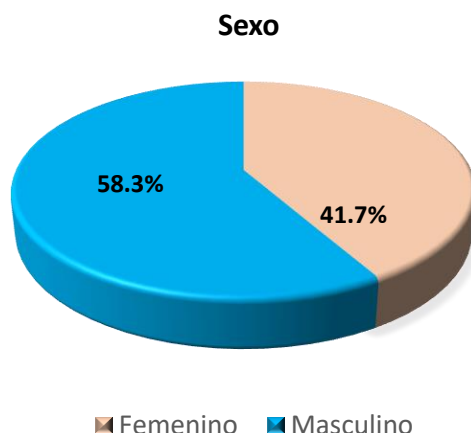
Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

X. ANALISIS

Según todos los datos expuestos anteriormente se pudo inferir, que la enfermedad de Hirschsprung en Matagalpa se ha comportado de forma homogénea con respecto a los datos internacionales, teniendo una frecuencia de 0.03 niños por cada 1,000 nacidos vivos, datos que se corresponden con estudios como el de Maracaibo, donde la frecuencia de presentación de la enfermedad varía entre el 0.04 a 0.24 en los últimos años, donde éste aumento en el número de casos se atribuye al estudio y búsqueda de casos nuevos. No obstante, podríamos decir que se trata de un subregistro, ya que no a todos los niños que acudieron a la consulta, se les realizó el seguimiento en la unidad de salud o a muchos de estos se les practicaron procedimientos médicos no invasivos por lo que el diagnóstico definitivo no fue confirmado por biopsia excluyéndoles por tanto el estudio.

En cuanto al sexo predominante de los pacientes atendidos en el HECAM el más frecuente fue el sexo masculino con 58.3% a razón de 1,4:1, confirmando la mayor prevalencia en varones y coincidiendo con lo descrito por otros autores como Barrera Muzquiz y col de México; quienes, en un grupo de 41 pacientes estudiados con diagnóstico de Megacolon congénito, encontraron una relación de 2:1 para el sexo masculino. Así mismo en el estudio realizado por Torres Acosta en Maracaibo de Megacolon congénito obtuvo como resultado que el sexo predominante en el estudio realizado fue el masculino con una relación de 2,7:1.

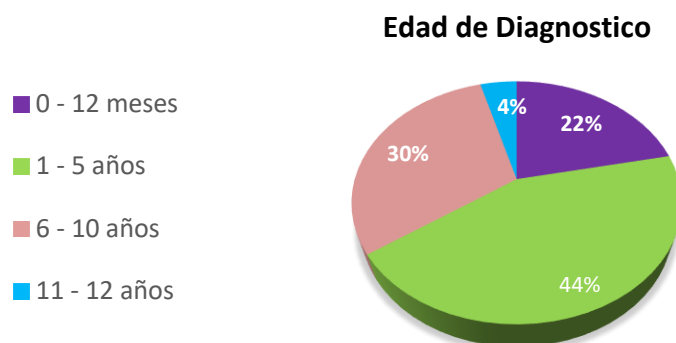
Grafico #1. Sexo más afectado de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005 – I Semestre 2017.



Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

A pesar de que la sintomatología está presente desde el nacimiento, y que los cambios histológicos suceden mucho antes de este, la edad media de diagnóstico que se encontró fue a los 5 años, con el rango de edades más registrado de 1-5 Años (45.8%) lo que contrasta de cierto modo con resultados de otros estudios como el de Maracaibo en el cual se obtuvo que la edad de presentación más frecuente fue en los recién nacidos con 25 casos (28,73%) y en la etapa de un mes a tres años con 36 casos (41,38%). Por lo tanto, consideramos que, a pesar de lo antes mencionado, el diagnóstico no se está realizando de forma precoz debiéndose a la búsqueda de tratamientos médicos alternativos, ante la sospecha de cualquier otra patología, antes de realizar procedimientos quirúrgicos invasivos como lo es la biopsia; todo esto lleva a la tendencia de aumentar el número de casos diagnosticados en edades más tardías que en el periodo neonatal.

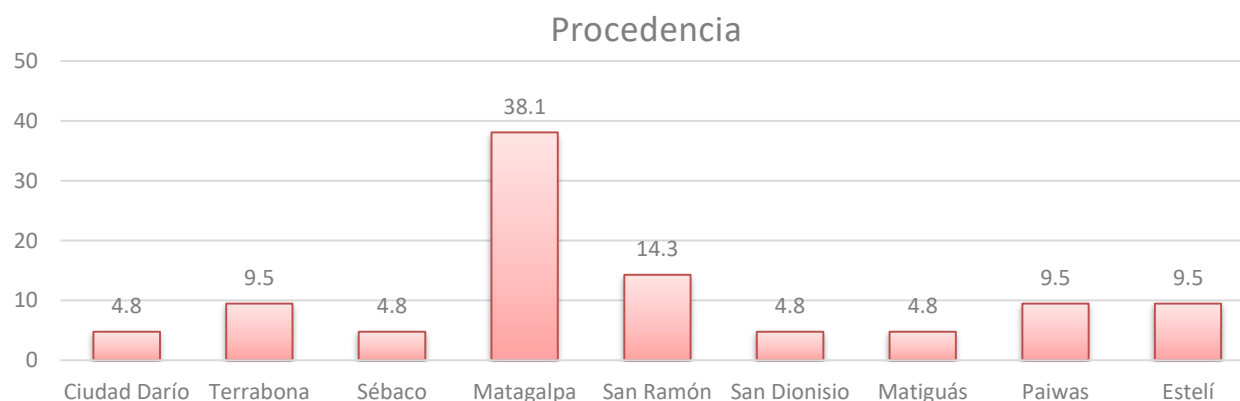
Grafico #2. Edad de diagnóstico de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, en el periodo 2005 – I semestre 2017.



Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

Con respecto a la distribución geográfica imperan los niños nacidos en la cabecera departamental con un 45.8 % seguido de San Ramón con un 12.5 % lo que se corresponde con la densidad poblacional, y no podría relacionarse directamente con factores de exposición medio ambiental, aunque esto no lo excluye, así como tampoco excluye la sospecha de mutaciones genéticas debido a las prácticas sociales (endogamia).

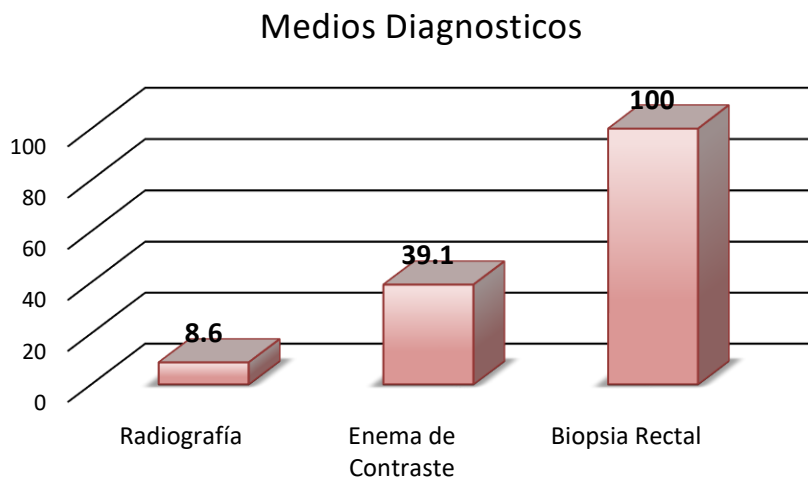
Grafico #3. Procedencia de los niños con Enfermedad de Hirschsprung atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, en el periodo 2005 – I semestre 2017.



Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexos)

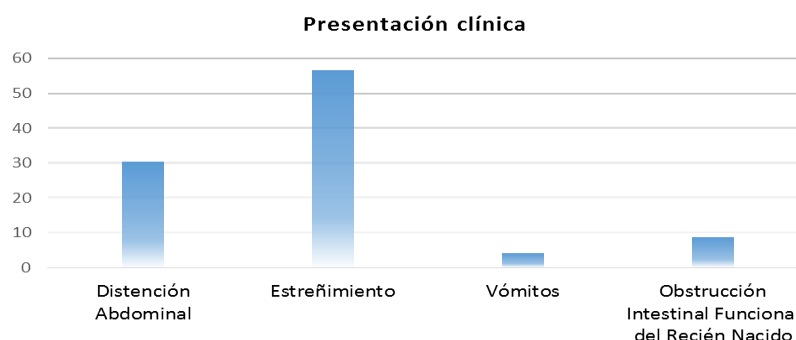
El medio diagnóstico definitivo por excelencia es la biopsia rectal utilizada en un 100 % en nuestro estudio, al igual que todas las revisiones lo mencionan, ya que se trata de una ausencia de los plexos mientérico de Auerbach y submucoso de Meissner, y no hay otra forma de confirmar la ausencia o presencia de los mismos, no obstante, se puede sospechar la enfermedad conforme con su presentación clínica. La cuál, a pesar de ser muy variada, la mayoría de los autores concuerdan en sus investigaciones que lo más frecuentemente encontrado es el estreñimiento, que en nuestro caso ocupó el 56.5% seguida de la distensión abdominal en un 30.4%, lo que se corresponde con los hallazgos publicados en la investigación realizada por el estudio de Maracaibo en la cual el síntoma de presentación más frecuente fue la constipación con un 32,18 %,esto tiene un ligero sesgo con respecto a algunas investigaciones, en las que la enfermedades diagnosticada en los primeros meses de vida y por tanto la enfermedad se expresa diferente, pudiendo sospecharse un íleo meconial.

Grafico # 4. Medios diagnósticos usados en la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005 – I semestre 2017



Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

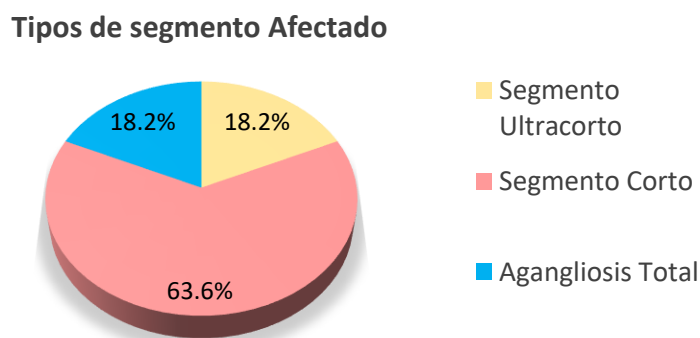
Grafico #5. Presentación Clínica de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005 – I semestre 2017.



Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

Todo esto en dependencia del tipo de segmento del colon afectado que en nuestro estudio el que se presentó con mayor frecuencia fue el de segmento corto en un 63.6% de los casos, observándose resultados similares a los obtenidos en el estudio realizado por los autores Jiménez y Fernández de Salamanca España, que concluyó que la EH más frecuente es la de segmento corto donde el aganglionismo no se extiende más allá de la sigma (80% de los casos).

Grafico #6. Tipos de segmentos afectados en la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005 – I semestre 2017.



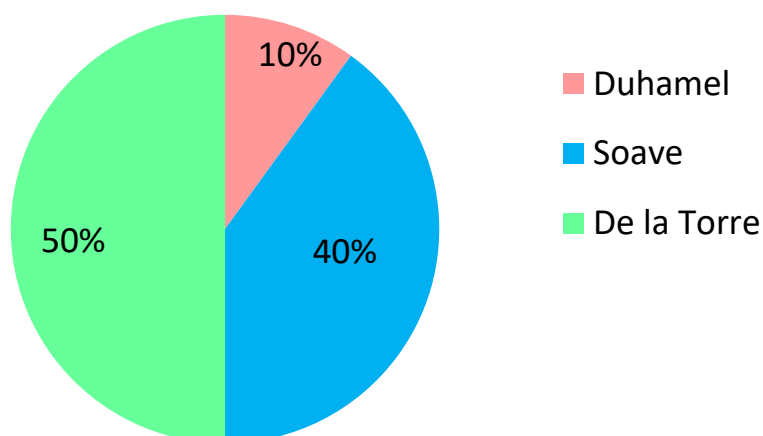
Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexos)

El objetivo del tratamiento quirúrgico en la enfermedad de Hirschsprung es reseca el segmento agangliónico de recto y colon, descender de manera transrectal el intestino normalmente innervado y realizarla anastomosis del mismo al a región anorrectal con mínimo daño de los esfínteres musculares para esto la técnica quirúrgica que más se utilizó fue la técnica De la Torre en un 50% de los pacientes lo que coincide con lo que otros autores han publicado mediante varios trabajos en los que muestran que este abordaje es factible y seguro para el tratamiento de la forma rectosigmoidea clásica de esta entidad ofrece las mismas ventajas que la cirugía de mínimo acceso, reducción o no de íleo posoperatorio, inicio precoz de la vía enteral, recuperación y alta hospitalaria más temprana y a estas se adicionan otras ventajas relacionadas con la eliminación de los riesgos asociados a la disección pélvica intraabdominal, como son menor sangrado menor daño a otros órganos pélvicos, menor formación de adherencias, menor dolor posoperatorio, mejores resultados estéticos y reducción de los costes hospitalarios comparados con técnicas laparoscópicas.

El tratamiento quirúrgico se realizó en 47.8% de los casos y el 52.2% no necesitó tratamiento quirúrgico ya que en pacientes con un segmento extraordinariamente corto de agangliosis, el manejo se realizó con métodos conservadores a base de enemas, desimpactación fecal u otros procedimientos, para lograrla evacuación diaria de heces. Coincidiendo con el estudio realizado en Maracaibo en el cual de los 87 casos con Megacolon Congénito se utilizó enema evacuador como tratamiento médico inicial en 92% de los casos y en 8% de los casos restantes en los cuales no se realizó enema evacuador como tratamiento inicial la conducta a seguir fue la quirúrgica por medio de laparotomía exploradora.

Grafico #7. Técnicas Quirúrgicas usadas en la corrección de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005 – I semestre 2017.

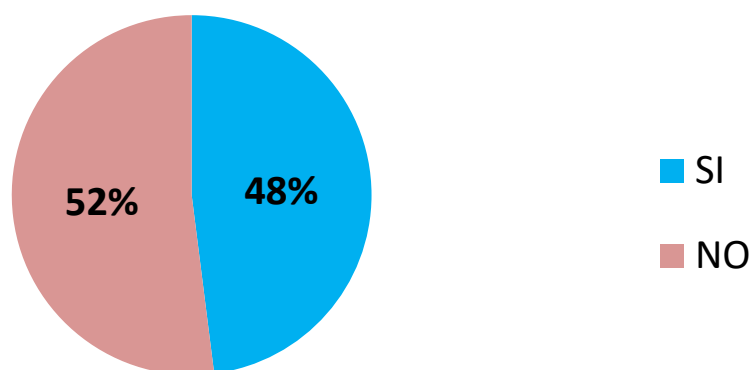
Técnica Qurúrgica Empleada



Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

Grafico #8. Cirugías correctivas efectuadas la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica del HECAM, Matagalpa, durante el periodo 2005 – I semestre 2017.

CIRUGIA CORRECTIVA



Fuente: Datos recolectados de expedientes clínicos según ficha de recolección de datos.
(ver anexo #3)

XI. CONCLUSIÓN

- ✓ La edad media de los pacientes fue de 1 –5 años con el rango de predominio de sexo masculino, procedentes de la cabecera departamental de Matagalpa.
- ✓ La presentación clínica de mayor predominio fue el estreñimiento seguido de la distensión abdominal.
- ✓ Se utilizó únicamente la biopsia rectal como medio diagnóstico.
- ✓ En cuanto al tipo de segmento del colon más comúnmente afectado fue el de segmento corto.
- ✓ La técnica quirúrgica que más se utilizó en los pacientes que se les hizo corrección fue De la Torre seguido de la técnica de Soave.

XII. RECOMENDACIONES

Al Hospital Escuela César Amador Molina

- Mejorar el sistema de registro de expedientes clínicos de los pacientes ingresados a esta unidad con el diagnóstico de Enfermedad de Hirschsprung para así poder realizar otros estudios y comparar nuestros resultados con los obtenidos a nivel nacional e internacional.
- Capacitar al personal de salud con respecto a este tipo de patologías para realizar un diagnóstico más temprano y oportuno para evitar complicaciones.
- Garantizar el cumplimiento de la normativa 004 de expediente clínico.

XIII. BIBLIOGRAFIA

Ashcraft, M. S. (2001). *Cirugía Pediátrica*. Mc Graw Hill.

Beauchamp, R. D., Evers, B. M., Mattox, K. L., & Townsend, C. M. (2013). *SABISTON TRATADO DE CIRUGÍA. FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DE LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA MODERNA*. Barcelona, España: Elsevier España. S.L.

Benítez, C. A. (2006). *Enfermedades digestivas en niños*. Cali, Colombia: Programa Editorial. Universidad del Valle.

Huerta Cornelio, X. I. (28 de septiembre de 2009). *Anatomía humana*. Obtenido de http://anatomiahumanaipn.blogspot.com/2009/09/intestino-grueso_28.html

Eslaba Schmalbach, J. (2006). *Semiología quirúrgica*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina.

Sánchez Ruiz Francisco, J. J. (s.f.). *Estreñimiento y encopresis*. Recuperado el 18 de febrero de 2018, de Asociacion española de Pediatría: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/estre_encopresis.pdf

Gea, E. (Agosto de 2013). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-92942013000100006

Belkind Gerson Jaime, J. A. (2001). Enfermedad de Hirschsprung. *Academia Mexicana de Pediatría*, 2.

Jiménez Julio de Manueles, Fernández Luis de la Rubia (2012). Enfermedad de Hirschsprung. *Asociacion Española de Pediatría*, 47.

Kliegman, R. M. (2011). *Tratado de Pediatría. Nelson*. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.

Briceño Iragorry Leopoldo, G. C. (2003). *Cirugía Pediátrica. Volumen II*. Caracas, Venezuela: Editorial Torino.

Cervantes Menchaca, C. (2013). Enfermedad de Hirschsprung. La inmunohistoquímica como apoyo para el diagnóstico. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 610 - 613.

Montenegro, E. M. *Repositorio UNAN Managua*. Recuperado el 21 de Marzo de 2016, de <http://www.biblioteca.unan.edu.ni:9090/bases/tmm/www/203/index.html>(21 de Julio de 2012).

Paneque, R. J. (2010). Metodología de la investigación. . En R. J. Paneque, *Elementos Basicos para la investigación clínica* (págs. 15-18). Habana Cuba.

Pró, E. A. *Anatomía Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana. (2012).

Rosales, M. A. (2004). *CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DE ENF. DE HIRSCHSPRUNG*. San Carlos, Guatemala.

Sadler, T. W. *Lagman Embriología Médica. 12va edicion*. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins. . (2012)

Serrano, F. C. (2011). *Características clínicas y epidemiológicas de enfermedad de hirschsprung en el Hospital para el Niño del. México*.

Torres, M. A. (2004). Maracaibo, Colombia: Puente.

XIV. ANEXOS

1. Glosario

AR Ácido retinoico

AGCC Ácidos grasos de cadena corta

RET Receptor de transmembrana de la tirosinocinasa

GDNF Factor neurotrófico derivado de la glia

NTN *neurturina*: pertenece a la familia de factores neurotróficos del factor neurotrófico derivado de la línea celular glial

EDN endotelina

EDNRB, E, D Receptor de endotelina tipo B , E Y D

EDN3 endotelina 3

ECE1Enzima convertidora de endotelina 1

S0X10 Gen dominante en megacolon congenito

ZFHX1Bzinc fingerhomeobox 1B

PHOX2BPaired-likehomeobox 2b

TCF- 4Gen transcriptor de factor 4

NTRK-3 ReceptorNeurotropico de TirosinKinasa 3

2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Sexo	Características fenotípica del ser humano	Cualitativa	Frecuencia	Femenino Masculino
Edad De Diagnóstico	Edad a la que se diagnosticó clínicamente o por biopsia la enfermedad de Hirschsprung.	Cuantitativa	Frecuencia	0-12 meses 1-5 años 6-10 años 11-12 años
Procedencia	Lugar de origen del individuo en estudio	Cualitativa	Frecuencia	C. Darío, Terrabona, Sébaco, San Isidro, Matagalpa, San Ramón, San Dionisio, Muy Muy, Esquipulas, Matiguás, Tuma la Dalia, Rio Blanco, Waslala, Rancho Grande. Paiwas.
Fecha De Nacimiento	Momento por el cual un ser humano deja de estar alojado en el vientre de su madre y se corta el cordón umbilical que la une a la placenta.	Cualitativa	Número	

Presentación Clínica	Conjunto de signos y síntomas manifestadas en el niño.	Cualitativa	Frecuencia	Distensión Abdominal Estreñimiento Vómitos Obstrucción intestinal del recién nacido
Medio Diagnostico	Técnicas y procesos realizados para evidenciar una anomalía	Cualitativa	Frecuencia	Radiografía Abdominal, Enema de Contraste, Biopsia Rectal
Técnica Quirúrgica	Procedimiento quirúrgico basado en la resección completa del segmento aganglionar y el descenso de intestino normalmente innervado	Cualitativa	Frecuencia	Técnica de Duhamel Técnica de Soave Técnica de Swenson Técnica De la Torre
Segmento De Colon Afectado	Tamaño del Segmento del intestino que se encuentra aganglionar	Cualitativa	Frecuencia	Ultra Corto Corto Total

3. Instrumento De Recolección De Los Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA- FAREM MATAGALPA

HOSPITAL ESCUELA CÉSAR AMADOR MOLINA

Comportamiento Clínico- Epidemiológico de la Enfermedad de Hirschsprung en niños menores de 12 años atendidos en el HECAM, Matagalpa, durante el periodo de enero del 2005 – I semestre de 2017.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha Nª: _____ Expediente Nº: _____

DATOS GENERALES

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Procedencia: _____ Sexo: F__ M__

I-DESCRIPCIÓN CLÍNICA:

Presentación Clínica del paciente:

Obstrucción intestinal funcional del recién nacido: ____ Distensión Abdominal: ____

Estreñimiento: _____ Vómitos: _____

II-DIAGNÓSTICO:

Medios Diagnósticos

Radiografía: Si__ No: __ Enema de contraste: Si __ No__ Biopsia Rectal: Si __ No__

Tipo de Segmento:

Segmento Ultracorto: ____ Segmento corto: ____ Segmento largo: ____

Segmento completo: ____

III-DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGIA:

Cirugía: Si__ No__

Técnica Quirúrgica utilizada en el tratamiento:

Duhamel: ____ Soave: ____ Swenson: ____ De la Torre: ____



MINISTERIO DE SALUD

Normativa 004 Segunda Edición

NORMA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y MANUAL PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Managua, Junio de 2013

N	Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
WX	Ministerio de Salud. Normativa 004: Norma para el Manejo del
39	Expediente Clínico y Manual de Procedimientos para el Manejo del
0274	Expediente Clínico /Dirección Superior de Ministerio de
2013	Salud. Managua: MINSA, 2 ed. mar. 2013

119 p.; ilus; tab

(Contiene acuerdo ministerial No.525--2013)

1. Control de Formularios y Registros-normas
2. Sistema de Información
3. Historia Clínica- normas
4. Calidad de la Atención-normas
5. Resguardo de Expediente Clínico (descriptor local)
6. Regulación de las Práctica Médicas de Enfermería (descriptor local)
7. Documento Técnico Médico Legal (descriptor local)
8. Registro de Información (descriptor local)
9. Manejo de Archivos (descriptor local)

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud
© MINSA. 2013



**Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional**

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 527-2013

**ACUERDO MINISTERIAL
No. 527 - 2013**

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su Arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: "b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Arto. 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 527-2013

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Arto. 2, Órgano Competente, y Artículo 4, Rectoría establece que: "Arto. 2.- El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."; Arto. 4, Rectoría.- "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales".

V

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" en el Arto. 7, numerales 33 y 34, establece: "Arto. 7.- Son competencias y atribuciones del MINSA: "33.- Definir y coordinar la organización y funcionamiento de los sistemas de información en relación con las personas que son beneficiarias del sector salud y las instituciones que manejan sus recursos, con el objeto de poder realizar los principios consagrados en la Ley; 34.- Coordinar el diseño, operación, utilización y actualización que se requiera para el correcto funcionamiento de un sistema de vigilancia y evaluación epidemiológica. A fin de mantener un adecuado control tanto epidemiológico como asistencial del país, todos los establecimientos de salud, públicos, privados u ONGs están obligados a mantener un sistema de registro e información para las autoridades de salud. Deberán asimismo notificar por escrito a los Registros del Estado Civil de las Personas, dentro de los plazos que establezca la legislación correspondiente, los nacimientos y defunciones que por cualquier causa ocurran en ellos".

VI

Que el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", establece en los Artos. 369 y 370: "Artículo 369.- Para efectos de lo dispuesto en el numeral 34, del artículo 7 de la Ley, el MINSA diseñará un sistema de información al que las entidades que integran el sector de la salud, deberán remitir la información relacionada con los módulos definidos en el siguiente artículo, en los plazos, contenido y condiciones técnicas establecidas en la norma correspondiente; Artículo 370.- El sistema de información, estará integrado por los módulos de: 1. Vigilancia del estado de salud de la población; 2. Manejo presupuestal; 3. Referencia y contrarreferencia de pacientes; 4. Gestión; 5. Contable y financiero para las instituciones públicas proveedoras de servicios de salud; 6. Estadística de provisión de servicios de salud; 7. Sistema nacional de estadísticas vitales; 8. Registro de licenciamiento y acreditación de instituciones; 9. Divulgación de información y atención a la comunidad; 10. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad; 11. Afiliados al INSS; 12. Control sanitario de bienes y servicios; 13. Los demás aspectos que fije la normativa."

VII

Que el Decreto No. 102, publicado en La Gaceta No. 23 del 04 de Octubre de 1979, "Ley Creadora del Sistema Estadístico Nacional" y su Reforma por Decreto No. 888, publicado en La Gaceta No. 278 de 7 de diciembre de 1981, crea el Sistema Estadístico Nacional, siendo un componente del mismo la información generada por los Ministerios de Estados y sus dependencias departamentales.



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia 1ero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 527-2013

VIII

Que con fecha 09 de Octubre del 2013, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado "Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual para el Manejo del Expediente Clínico", cuyo objetivo es regular la generación, utilización y resguardo de la información obtenida del paciente durante el proceso de la atención médica, a través de la creación de la herramienta que permita la disponibilidad de los datos necesarios del paciente garantizando la continuidad de la atención con el conocimiento de los procedimientos realizados en cada proceso de la atención recibida en cualquier establecimiento del sector salud.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

- PRIMERO:** Se aprueba el documento denominado "Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual para el Manejo del Expediente Clínico", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.
- SEGUNDO:** Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores generales de SILAIS y a los directores de establecimientos de salud públicos y privados cuyo personal brinda atención en salud.
- TERCERO:** Se designa a la Dirección General de Planificación y Desarrollo y la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención para la implementación, monitoreo y cumplimiento de la aplicación de la "Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual para el Manejo del Expediente Clínico".
- CUARTO:** El presente Acuerdo Ministerial revoca y deja sin ningún efecto legal el Acuerdo Ministerial No 115-2008 del veintitrés de Mayo del año dos mil ocho.
- QUINTO:** El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los nueve días del mes de Octubre del año dos mil trece.




SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD

CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia 1ero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni

CONTENIDO

INTRODUCCION	8
JUSTIFICACIÓN	9
SOPORTE JURIDICO	10
DEFINICIONES	18
OBJETO DE LA NORMA	22
DISPOSICIONES	23
Generales	23
GENERACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	24
Utilización del Expediente Clínico.	25
Resguardo del Expediente Clínico.	26
BIBLIOGRAFÍA	28
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLINICO.....	29

NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

I. INTRODUCCION

En este documento se proporcionan las disposiciones de riguroso cumplimiento para la producción, utilización, registro y resguardo del expediente clínico, como parte fundamental del sistema de información del MINSA, desempeñando un papel relevante como fuente primaria de información, evidencia científica y conocimiento para valorar la calidad de atención a las personas en los servicios y establecimientos de salud.

El propósito general de esta norma es la regulación de las prácticas médicas, de enfermería y afines, en el ejercicio documental de sus actuaciones con bases, evidencias y preceptos científicos, éticos, tecnológicos y administrativos bien definidos para la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio en el sector salud.

El expediente clínico es un documento técnico médico y legal, fundamental para la atención médica a los y las pacientes constituye un instrumento indispensable, como factor de calidad, que permite registrar sistemáticamente la información del proceso de atención médica.

El producto final de esta Norma es lograr registros válidos y consistentes para obtener información, evidencia y conocimiento de alta calidad requerida en la atención al paciente de los servicios de salud.

II. ANTECEDENTES

En la Ley General de Salud y su Reglamento se orienta la elaboración de normas técnicas, manuales y reglamentos específicos que el MINSA, como órgano rector del Sector Salud, dentro del proceso de regulación y normalización, queda facultado para realizarlo-

Antes del año 2004, al realizar revisiones de expedientes clínicos en cualquier institución proveedora de servicios de salud del país, se encontraban variadas formas de trabajar con el expediente clínico, no existía un modelo que facilitara el análisis o auditoría que se necesitara implementar.

El Ministerio de Salud en el 2013 realiza actualización de la Norma del Expediente Clínico, sobre la base de la primera edición “Norma de Manejo del Expediente Clínico” y “Guía para el Manejo del Expediente Clínico” según acuerdo ministerial N° 115-2008, ya que la misma mandata su revisión cada 2 años, a fin de estandarizar las pautas de su generación, utilización y resguardo, en razón de que el mismo constituye un documento médico-legal y una herramienta básica para la recopilación y registro fidedigno de datos.

III. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la política nacional de salud, las acciones en salud implican atenciones para la protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. En los establecimientos de salud públicos y privados, se deben reflejar todas estas acciones en el expediente clínico. En consecuencia, es un requerimiento y una fuente de información básica para evaluar la calidad de atención médica prestada en los establecimientos proveedores de servicios de salud.

La política de Restitución de Derechos, en relación con la atención de salud, valida las demandas de tipo asistenciales, administrativas y judiciales en torno a la atención recibida. Es un documento que sirve de protección legal, administrativa y técnica para el personal profesional de salud, y las y los pacientes.

IV. SOPORTE JURÍDICO.

4.1- Constitución Política de la República de Nicaragua

Arto. 59 Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

4.2- Ley No. 290 “Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo”.

Ministerio de Salud

Artículo 26.- Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes:

b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud;

e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud;

4.3- Ley No. 423, Ley General de Salud.

Artículo 2.- Órgano Competente: El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.

Artículo 4.- Rectoría: Corresponde al ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales.

Artículo 7.- Son Competencias y Atribuciones del Ministerio de Salud:

1.- Regular, Supervisar, e intervenir en el sector de Sector de Salud, y en particular ser la autoridad competente para la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, su reglamento o normas que de ella emanen, sin perjuicio de las facultades y obligaciones que leyes especiales otorguen a otros organismos públicos dentro de sus respectivas competencias. Para estos efectos, se entiende como autoridades en salud, las personas o instituciones con funciones, facultades o competencias expresadas de expedir o aplicar la regulación en materia de políticas en salud.

6.- Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

12.- Regular, cuando resulte necesario para los principios de esta Ley, las actividades con incidencia directa o indirecta sobre la salud de la población, que realice o ejecute toda persona natural o jurídica, pública o privada.

14.- Definir los requisitos necesarios para la organización y funcionamiento de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud, sin los cuales no podrá prestar servicios a ninguna institución o persona ni ofrecer sus servicios

Artículo 8.- Derechos de los Usuarios. Los usuarios del sector salud, público y privado, gozarán de los siguientes derechos:

5.- Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su estancia en instituciones de salud pública o privada, salvo las excepciones legales.

8. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El usuario es libre de escoger el procedimiento frente a las alternativas que se le presenten. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario, salvo las siguientes excepciones:

- a) Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.
- b) Cuando el paciente esté incapacitado para tomar decisiones en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.
- c) Cuando la emergencia no permita demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

La negativa por escrito de recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso; pudiendo solicitar el usuario el alta voluntaria.

12. A que quede constancia en el expediente clínico de todo su proceso de atención, en todas y cada una de las instancias del sector salud. Al finalizar la atención del usuario en una unidad de salud, el paciente, familiar o personas con suficiente poder de representación legal, recibirá su informe de alta.

Artículo 9.- Obligaciones del Usuario. Son obligaciones del usuario:

4.- Proporcionar de forma oportuna, la información que la autoridad de salud competente le solicite, en beneficio de la salud individual o colectiva, con excepción de lo establecido en la legislación correspondiente.

7.- Todo usuario de servicios de salud debe firmar, o en su defecto imprimir su huella digital en la hoja de autorización de procedimientos quirúrgicos y de diagnósticos, necesarios para el proceso de atención.

TITULO IV, DE LAS INSTITUCIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CAPÍTULO I, INSTITUCIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Artículo 36.- Naturaleza, Creación e Integración. Son Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud, las entidades públicas, privadas o mixtas, que estando autorizadas por el Ministerio de Salud, tiene por objeto actividades dirigidas a la provisión de servicios en sus fases de promoción, prevención diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población.

CAPÍTULO VI, DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD, SECCIÓN II, DE LA HABILITACIÓN Y LA ACREDITACIÓN.

Artículo 55.- Habilitación: Corresponde al Ministerio de Salud definir los requisitos esenciales que deben cumplir las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para poder obtener su licencia de funcionamiento a través de la correspondiente habilitación.

El Ministerio de Salud autorizará así mismo las instituciones de salud internacionales que operen en el territorio nacional, en cumplimiento de convenios o programas de asistencia en salud.

4.4- Decreto No. 001-2003, Reglamento de la Ley No. 423, Ley General de Salud.

Capítulo I, De los Principios y de la Aplicación de los Derechos de los Usuarios.

Artículo 7.- Para la aplicación de los derechos de los usuarios, establecidos en la Ley, los establecimientos proveedores de servicios de salud, deberán:

6. Garantizar la confidencialidad de la información, a través del manejo del expediente clínico, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso.

8. Informar al usuario, el nombre de las personas involucradas en su atención. Dicho personal debe portar la identificación que el establecimiento proveedor de servicios de salud establezca para sus trabajadores.

12. Respetar el derecho del usuario a rechazar la aplicación de terapias o pruebas diagnósticas, salvo en aquellos casos establecidos en el numeral 8 del artículo 8 de la Ley, además cuando exista mandato legal o, cuando el usuario ceda la decisión al médico tratante.

13. Garantizar las condiciones para preservar la intimidad de los usuarios y que no sean expuestos a la vista u oídos de personas que no estén involucradas en su atención.

23. Brindar información a través de médico tratante, sobre las atenciones, cuidados y tratamientos que necesitará al producirse el alta.

27. Entregar la Epicrisis en los términos y condiciones establecidas en norma técnica sobre documentación clínica de los usuarios, enfermos o sanos, de los servicios de salud.

28. Entregar al momento de finalizar la atención médica a cada usuario, los siguientes documentos:

28.1 La cita para la consulta de seguimiento.

28.2 Las prescripciones médicas por su médico tratante.

28.3 Formato de reposo o subsidio, cuando a criterio médico sea necesario.

28.4 La hoja de referencia y contrarreferencia que garantice el proceso de atención médica.

28.5 Cualquier otro dato o información que se considere necesario.

Capítulo II, Del Cumplimiento de las Obligaciones de los Usuarios

Artículo 9.- Para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 9 de la Ley, los usuarios deberán:

1. Firmar la hoja de autorización o rechazo de procedimientos quirúrgicos y médicos, necesarios para el proceso de atención tanto de diagnóstico como de tratamiento en los establecimientos de salud.

2. Cumplir las indicaciones terapéuticas del personal asistencial.

9. Firmar la constancia de abandono antes de cesar, de forma voluntaria, su permanencia en el establecimiento de salud.

Artículo 14.- De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley y del artículo 73 del presente Reglamento, entiéndase como rectoría, la capacidad política, administrativa y legal del MINSA, para coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud.

Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades:

1. Regular la provisión de los servicios de salud.

16. Supervisar el desarrollo del sistema de garantía de calidad en los establecimientos proveedores de servicios de salud.

Artículo 22.- Es función del MINSA, formular las políticas y estrategias de inspección, vigilancia y control dentro del sistema de salud, que permitan garantizar el cumplimiento de la legislación vigente.

Artículo 23.- En cumplimiento de la función de inspección, vigilancia, control y de aseguramiento de la atención con calidad y calidez, el MINSA a través de sus estructuras administrativas desarrollará entre otras, las siguientes actividades:

2. Supervisar que las entidades sujetas a control cumplan con la normatividad vigente.

6. Iniciar las investigaciones que se requieran para establecer el incumplimiento de normas, manuales y demás disposiciones que deben ser observadas por los usuarios.

12. Supervisar el sistema de garantía de calidad.

Referencia y Contrarreferencia

Artículo 58.- Para efectos del presente Reglamento, se entiende por referencia y contrarreferencia al conjunto de mecanismos con que se articulan los diferentes establecimientos proveedores de servicios de salud que conforman la red de servicios, a fin de garantizar que cada paciente sea atendido de acuerdo a la complejidad de su problema de salud en el nivel de resolución que corresponda. Su organización se establecerá en norma técnica.

TÍTULO VIII, PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD, Capítulo I, Definiciones

Básicas.

Artículo 73.- Son proveedores de servicios de salud, las personas naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, que estando habilitados por el MINSA, tienen por objeto la provisión de servicios en sus fases de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población. Se incluye cualquier otro establecimiento cuya actividad sea brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario.

Capítulo II, Generalidades.

Artículo 75.- Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información epidemiológica y de gestión establecida para ellos.

Artículo 77.- Los representantes del establecimiento proveedor de servicios de salud, tienen las siguientes responsabilidades:

- 1.- Vigilar por el debido funcionamiento del establecimiento proveedor de servicios de salud.
- 2.- Velar por el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes de los usuarios.
- 5.- Garantizar el cumplimiento de los manuales relativos a la salud.

Capítulo III, Proveedores Privados de Servicios de Salud

Artículo 79.- Son establecimientos proveedores privados de servicios de salud, los que pertenecen a personas naturales o jurídicas con o sin fines de lucro, debidamente autorizados o inscritos en el MINSA, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el orden comercial, que proveen servicios de salud a los usuarios, afiliados a cualquiera de los regímenes que contempla la Ley.

Artículo 80.- Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privado tienen las obligaciones siguientes:

- 4.- Cumplir con los manuales correspondientes.
- 5.- Cumplir con los estándares de calidad.
- 7.- Proveer servicios de salud respetando la autodeterminación del usuario, el cumpliendo al consentimiento informado y escrito, procurando el beneficio del usuario, cumpliendo los procedimientos científicos y técnicos de forma oportuna.

Capítulo VI, Proveedores Públicos de Servicios de Salud

Artículo 92.- Los proveedores públicos de servicios de salud son establecimientos que pertenecen al Estado nicaragüense, habilitados por el MINSA para proveer servicios de salud en cualquiera de los regímenes que contempla la Ley y el presente Reglamento.

Artículo 112.- El Comité de Evaluación de la Calidad, tendrá como estructuras de apoyo operativo los siguientes sub-comités:

1. Auditoría médica y evaluación del expediente clínico.

Artículo 113.- Los subcomités referidos en el artículo anterior tendrán las funciones siguientes:

1) Subcomité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico:

- 1.1** Revisar de forma sistemática los expedientes clínicos de los usuarios egresados vivos o fallecidos de los servicios de internamiento del hospital.
- 1.2** Revisar de los expedientes clínicos de los usuarios de nueva inscripción en los servicios de atención ambulatorias.
- 1.3** Revisar los expedientes clínicos en un porcentaje mayor de lo establecido en dichos manuales, en los servicios donde se detecte incumplimiento a los mismos.
- 1.4** Analizar los casos médicos y quirúrgicos atendidos en el hospital considerados con problemas en la calidad de la atención, seleccionados bajo los siguientes criterios:
 - 1.4.1** Proveniente de quejas interpuestas por los usuarios en el establecimiento proveedor de servicios de salud.
 - 1.4.2** Casos identificados durante los procesos administrativos de los establecimientos proveedores de servicios de salud.
 - 1.4.3** Aquellos casos que bajo consideración del MINSA establezca en manuales como de carácter obligatorio.
- 1.5** Recomendar a la dirección del hospital las acciones a tomar en cuenta para el mejoramiento continuo de la calidad.
- 1.6** Analizar de forma aleatoria una muestra representativa de las intervenciones quirúrgicas realizadas, tomando como base la correlación entre el diagnóstico preoperatorio, los hallazgos operatorios, la intervención practicada y el resultado anatomopatológico de la pieza extirpada si la hubiese.
- 1.7** Informar mediante las actas correspondientes a la dirección del hospital, la calificación de las intervenciones quirúrgicas, tomando como base si fueron correctamente indicadas y efectuadas, si la extensión de la intervención quirúrgica fue adecuada y si existieron accidentes quirúrgicos o anestésicos.

2) Subcomité de análisis de fallecidos:

- 2.1** Analizar los expedientes clínicos de los usuarios fallecidos en el hospital ligados a problemas en la calidad de la atención.
- 2.2** Informar a la dirección del hospital mediante actas, de las dificultades y deficiencias encontradas, así como de las sugerencias y experiencias que hayan derivado del estudio.

2.3 Suministrar al consejo técnico de dirección y al consejo de desarrollo científico y formación de recursos humanos, aquellas historias clínicas de fallecidos o que tengan interés científico para su posible empleo en reuniones de análisis de fallecidos o clínico patológicas.

TÍTULO IX, SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD, Capítulo I, Aspectos Generales

Artículo 119.- El sistema de garantía de calidad, está integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario al mejor costo y menor riesgo.

Artículo 120.- De acuerdo con el artículo 53 de la Ley, corresponde al MINSA, como órgano rector del sector de la salud, cumplir y hacer cumplir el sistema de garantía de la calidad, el cual tiene como objeto de mejorar los procesos de gestión y de atención en los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados mediante la óptima utilización de los recursos.

Artículo 122.- Para el cumplimiento de las funciones del Sistema de Garantía de Calidad, el MINSA deberá:

1. Normar los aspectos técnico-administrativos para garantizar la calidad en la provisión de los servicios de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud.
2. Promover una cultura de calidad en los usuarios y proveedores de servicios de salud.
3. Divulgar los procesos de comunicación.
4. Coordinar acciones y actividades dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad.
5. Recomendar acciones preventivas y correctivas en el proceso de implementación de la garantía de la calidad de la atención.

Artículo 124.- El Sistema de Garantía de Calidad estará compuesto por:

1. Habilitación de establecimientos.
2. Acreditación de establecimientos.
3. Auditorías de la calidad de la atención médica.
4. Regulación del ejercicio profesional.
5. Tribunales bioéticos.

DEFINICIONES:

1. **Abandono:** Toda acción mediante la cual la o el paciente desiste, o no quiere seguir recibiendo los servicios de atención médica en cualquier establecimiento proveedor de servicios de salud. Respaldado de constancia de abandono con la firma del paciente, o persona representante legal, donde se puede explicitar los motivos de renuncia a los servicios de atención en salud, pero se debe extender epicrisis a estos casos, excepto en caso de fuga.
2. **Alta:** Es una orden emitida por el profesional de salud encargado de la atención directa a un o una paciente al resolver sus problemas, dando por finalizada sus atenciones en el servicio ambulatorio o de hospitalización, en los establecimiento proveedores de servicio de salud públicos y privados.
3. **Atención en Salud:** Conjunto de servicios que se proveen a las y los pacientes con el fin de promover, recuperar, restaurar y rehabilitar su salud.
4. **Autoridades de Salud:** Son las personas autorizadas legalmente, para hacer cumplir la presente normativa en los establecimientos públicos y privados del sector salud.

5. **Consentimiento informado o Consentimiento bajo información:** Aceptación de la o el paciente a recibir un procedimiento médico o quirúrgico con fines de prevención de enfermedades, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, bajo debida información compartida de alternativas, riesgos y beneficios esperados. Expresado en el formato establecido por el Ministerio de Salud, que firma la o el paciente, o su representante legal, el profesional de la salud encargado y dos testigos.
6. **Contrarreferencia:** Es un informe escrito sobre la valoración médica, y tratamiento realizado, así como la consignación de los resultados e indicaciones que se deben seguir con el paciente en su unidad de atención de origen a fin de brindar continuidad al cuidado del (la) paciente.
7. **Egreso:** Formalización administrativa mediante la cual se dan por cerrados los casos que originaron la apertura de cada expediente clínico, en los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados, ya sea por alta, traslado, abandono, fuga o fallecimiento.
8. **Epicrisis:** Es una certificación obligatoria del egreso, mediante el llenado de una hoja resumen clínico, donde se especifican diagnósticos, procedimientos realizados y conducta terapéutica a seguir una vez que la o el paciente es dado de alta de un servicio de salud, con arreglo a un formato establecido por el MINSA (ver Anexos).
9. **Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud:** Entidades públicas y privadas, que son los encargados de cumplir con la presente Norma del Expediente Clínico y Manual de Procedimiento del Expediente Clínico. Se incluye cualquier otro establecimiento cuya actividad sea brindar servicios que inciden de manera directa o indirecta en la salud de la persona.
10. **Expediente Clínico:** Conjunto de hojas y documentos escritos, gráficos, imágenes lógicas o de cualquier tipo de almacenamiento de datos, ordenados sistemáticamente, en los cuales el personal de salud autorizado anota, registra y certifica sus intervenciones, correspondientes a los servicios de atención en salud suministrados a las personas en los establecimientos proveedores de estos servicios, de acuerdo con las regulaciones sanitarias vigentes en Nicaragua.
11. **Foliación:** Es la enumeración impresa, continua y en orden ascendente de las hojas o folios del expediente clínico, desde la primera página que se encuentra inmediatamente después de la portada hasta la última página; los números deben ir ubicados en el centro de la página de cada hoja. Es un procedimiento administrativo obligatorio que realiza el personal de admisión y estadísticas cuando egresan los pacientes, verificables a través de auditorías de la calidad de la atención médica o casos médicos legales.
12. **Formato:** Cada hoja diseñada e impresa que se emplea en el expediente clínico y que posee una serie de características y especificaciones, debidamente autorizadas para su utilización en el sector salud.

13. **Fuga:** Salida no autorizada de cualquier paciente que no haya expresado su voluntad de abandonar el establecimiento proveedor de servicio de salud en forma escrita, sin que el personal involucrado haya concluido la atención en salud y que esté debidamente consignado en el expediente clínico.
14. **Hospitalización:** Es una modalidad de prestación de servicios de salud en la que es obligatorio utilizar el expediente clínico, con la finalidad de mantener bajo control médico estricto, por un tiempo mínimo de 24 horas, la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas que reciben servicios hospitalarios de carácter general o especializado, organizados para proveer servicios con atención continua y que posee recursos humanos calificados, estructura física y tecnológica para el cumplimiento de su misión.
15. **Ingreso:** Conjunto procedimientos mediante el cual se formaliza con el expediente clínico, la atención en salud a un o una paciente en los diferentes programas y servicios debidamente articulados en la red integrada de servicios de salud.
16. **Interconsulta:** Es la atención complementaria que el profesional encargado, solicita a profesionales de otras especialidades, de manera colegiada e interdisciplinaria para beneficiar al paciente; esto se debe consignar en el expediente clínico de acuerdo a las solicitudes y resultados con fines diagnósticos e implementación de medidas terapéuticas pertinentes.
17. **Lista de problemas:** Es la hoja básica de entrada del expediente clínico para la atención a todo paciente, en donde se registran y actualizan en orden cronológico o de importancia los problemas que presenta la o el paciente. Deberá encontrarse consignada en el anverso de la segunda página de todo expediente clínico, lo más accesible que se pueda.
18. **Nota de evolución:** Son las anotaciones sobre la evolución clínica, avances, progresos o desenlaces desfavorables del paciente, que registra el profesional de salud en la hoja correspondiente del expediente clínico.
19. **Procedimientos¹:** Conjunto de actividades, tareas y pasos que se realizan para la generación, utilización y resguardo del expediente clínico a través de los procesos asistenciales, administrativos, docentes educativos y de innovaciones e investigación.
20. **Profesional de la Salud:** Recursos humanos con formación en áreas de la salud en posesión de un título o diploma emitido por institución formadora de la educación superior o técnica media debidamente reconocida por la legislación nacional en la materia.
21. **Problemas:** Conjunto de dificultades, dolencias o malestares referidos por las y los pacientes que interfieren con la calidad de vida. Se incluyen los aspectos médicos,

¹ Ver listado de procedimientos en el Manual de esta normativa

sicológicos, espirituales, sociales, nutricionales, de crecimiento o desarrollo, psiquiátricos, ambientales, económicos, entre otros, que son objeto de trabajo con el expediente clínico aplicando el registro médico orientado al problema

22. **Referencia:** Mecanismo mediante el cual la (el) profesional de la salud tratante ordena el traslado del paciente hacia un establecimiento de salud, con el nivel de resolución adecuado para dar respuesta o continuidad del proceso de atención en salud. Se formaliza en el expediente clínico, consignándolo en el mismo y acompañando al paciente con una orden de referencia, cuyos contenidos se indican en la normativa N-068.
23. **Resguardo del expediente clínico:** Conjunto de procedimientos establecidos para archivar y desarchivar los expedientes clínicos, vigentes en la normativa N-094.
24. **Resumen Clínico:** Es el registro o documento que contiene un relato cronológico breve, conciso y preciso de la evolución y tratamiento de un paciente en un período de tiempo o durante una hospitalización en una institución de salud. No tiene la misma función ni sustituye la epicrisis.
25. **Sistema de Información del MINSA:** Sistema gestor de los datos e información que incluye a los expedientes clínicos, funciona en la red integrada de servicios de salud con capacidades de repositorios, orientados por el MOSAFC, mientras ejerce funciones de logística, informática y resguardo legal que le competen bajo la rectoría del Ministerio de Salud.
26. **Traslado:** Desplazamiento de pacientes entre los servicios de salud de los distintos establecimientos, servicios o niveles de resolución, con arreglo a las disposiciones establecidas en la normativa N-068 “Norma Técnica de referencia y Contrarreferencia”.
27. **Paciente:** Es toda persona natural, usuario o usuaria de servicios dispensados o restituidos (por restitución del derecho a la salud) en los establecimientos de salud, bajo la forma de atención: médica, quirúrgica, obstétrica, odontológica, nutricional, sociológica, psicológica, de enfermería, entre otras, a fin de resolver situaciones de riesgos y daños a su salud; también se aceptan como sinónimos los vocablos beneficiarios y consumidores de servicios de salud.
28. **La historia clínica orientada a problemas:** Es un modelo avanzado de documentación de las historias clínicas, utilizado en el desarrollo de los expedientes clínicos, enfocados en las dificultades o problemas que presentan las y los pacientes de los servicios de salud, bajo las diversas formas de dolencias, malestares, síntomas o francamente enfermedades; este abordaje también se conoce como “Historia Clínica Orientada al Problema” (POMR por sus siglas en inglés).

IV. DEFINICIÓN DE LA NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Conjunto de disposiciones contenidas en este documento, que instruye al personal de salud como generar, utilizar y resguardar la información durante la atención médica a un paciente y que son de obligatorio cumplimiento, a fin de estandarizar y actualizar el manejo del expediente clínico.

V. OBJETO DE LA NORMA

Regular la generación, utilización y resguardo del expediente clínico (información del paciente) en establecimientos proveedores de servicios de salud públicos o privados.

VI. CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de estricto cumplimiento para todos los profesionales y técnicos de la salud involucrados en la generación, utilización y resguardo del expediente clínico, en todos los establecimientos públicos y privados proveedores de servicios en el sector salud.

VII. UNIVERSO DE LA NORMA

1. Pacientes y usuarios de información médica y sanitaria, en particular profesionales de la salud.
2. Personal de salud asistencial, docente y administrativo involucrados en la generación, conservación y uso del expediente clínico.
3. Miembros del Comité de Evaluación de la Calidad.
4. Personal docente e investigador, clínicos, epidemiólogos o administradores de servicios de salud que aplican el método científico en sus investigaciones.

VIII. DISPOSICIONES

Generales

1. Las instituciones y establecimientos, proveedores de servicios de salud públicos y privados, deben aplicar obligatoriamente la Norma del Expediente Clínico establecida por el MINSA.
2. El representante legal o administrativo de cada establecimiento proveedor de servicios de salud públicos y privados, debe hacer cumplir la Norma del Expediente Clínico, en consecuencia debe garantizar el monitoreo y evaluación al buen desempeño del personal, en el cumplimiento de las disposiciones y procedimientos establecidos en esta normativa.
3. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: Poder Judicial,

Procuraduría General de la República,

Fiscalía General de la República (Ministerio Público), Policía Nacional y autoridades del Ministerio de Salud.

4. Todos los proveedores de servicios de salud públicos y privados deben garantizar la confidencialidad y sigilo de toda la información en relación a la atención médica a las y los pacientes, registrada a través del expediente clínico orientado por problemas, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso, salvo las excepciones legales.
5. El expediente clínico podrá reproducirse o copiarse de forma parcial o total solamente en casos justificados con el debido permiso de la máxima autoridad del establecimiento prestador de servicios de salud; para tal efecto se podrá utilizar métodos mecánicos o electrónicos, incluidas las fotocopias, grabación en disco compacto (CD, DVD), cintas magnéticas y otras Tecnologías de Información y Comunicación autorizadas y disponibles.
6. El empleo del expediente clínico electrónico, medios digitales y de telecomunicación, se rigen por las políticas y normativas de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) establecidas por el MINSA de acuerdo al avance tecnológico alcanzado.
7. La verificación y el cumplimiento de la presente Norma, es competencia del Comité de la Calidad de la Atención a través del Sub-comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico de cada establecimiento proveedor de Servicios .

Generación del Expediente Clínico

8. A toda persona que recibe servicios de salud en los establecimientos públicos y privados se le debe elaborar un expediente clínico, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos del Expediente Clínico el cual se dará a conocer a través de previa capacitación al personal de estadística para su implementación.
9. Todo expediente clínico debe contener los datos generales de identificación del paciente, los datos generales deberán estar consignados con detalle en la hoja de admisión de acuerdo con el formato respectivo, de acuerdo con los procedimientos establecidos.
10. Las hojas, formatos y formularios del expediente clínico serán rotuladas e identificadas conteniendo el nombre completo, número de expediente, número de cama, sala, servicio o departamento de atención al paciente, además del nombre de la institución proveedora de salud. La numeración debe ir en orden cronológico anexando en la parte superior de las páginas y hojas con fechas más recientes, esto es válido en las hospitalizaciones y servicios de consulta externa.

11. Cada paciente debe tener un solo expediente clínico, la numeración del mismo es individual y única independientemente del número de atenciones e ingresos. Se deben anexar al expediente todas las hojas de la atención que ha recibido dentro del mismo establecimiento, incluyendo: atención de emergencia, atención con brigadas médicas móviles, visitas a las familias y otras formas de atención ambulatoria en el marco del MOSAFC.
12. Las hojas del expediente clínico serán de tamaño carta, salvo aquellas hojas de formatos que por la especificidad de su función no se ajusten a este precepto, por ejemplo los reportes de laboratorios.
13. Se utilizarán formatos que no infrinjan las Normas y protocolos vigentes del Ministerio de Salud.
14. Los formatos deben ser impresos en ambas caras, en papel adecuado para que no pase la tinta y con estilo de lecto-escritura tipo rotafolio en donde corresponda, como en las notas de evolución y tratamiento, notas de enfermería y otras.
15. El contenido de cada expediente clínico estará constituido con los datos provenientes de los servicios prestados en hospitalización, emergencias, observación, consulta externa general y de especialidades.
16. Las notas, informes, reportes y otros documentos que se registren en el expediente clínico deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las normas o protocolos relacionados con la prestación de servicios, la atención médica o el manejo de trastornos o enfermedades y de acuerdo con la presente norma del expediente clínico.
17. Cada hoja del expediente clínico tendrá su propio formato con características específicas establecidas por las instancias competentes. Por tanto, todas las instituciones proveedoras de servicio, públicas y privadas de salud, deben ajustar sus formatos a los estándares establecidos. (Ver anexos que para efecto de identificación en el presente documento se les ha asignado un número).

Utilización del Expediente Clínico.

18. La utilización correcta del Expediente Clínico está disponible en este mismo documento el **“Manual de procedimientos del Expediente Clínico”**, el cual debe ser aplicado por todo profesional de salud de institución pública y privada.
19. El expediente clínico se utilizará a través de herramientas automatizadas disponibles del sistema de Información en salud de acuerdo al avance tecnológico alcanzado o las formas de registro actualmente vigentes, preservando las historias clínicas orientadas a problemas,

las notas de evolución médica (SOAP) en los espacios de indicaciones y los correspondientes planes diagnósticos, terapéuticos y educativos.

20. Tendrán derecho a leer y escribir en el expediente las personas debidamente habilitadas por el Ministerio de Salud y permitidas por las autoridades de la institución proveedoras de servicios de salud pública y privada.
21. Es obligación de todas las personas que utilizan el expediente clínico conservarlo y preservarlo.
22. Las carpetas o cubiertas del expediente clínico en uso activo deben tener un “porta expediente”, que consiste en un sujetador metálico, en atención hospitalaria, donde se colocan el nombre completo del o la paciente, número de expediente y número de cama.
23. Todo personal de salud autorizado que haga anotación en el expediente clínico debe registrar fecha, hora, nombre completo, sello, firma, código de internado o del MINSA. Se exceptúan del código a los estudiantes de pregrado de medicina y enfermería que responden a sus planes docentes.
24. Las anotaciones en el expediente clínico se realizarán con claridad para garantizar el adecuado respaldo documental de lo actuado. A fin de garantizar la integralidad, calidad y seguimiento de los planes diagnósticos, terapéutico y educativos de los pacientes, incluyendo los procesos auditables.
25. En el ejercicio activo de las atenciones hospitalarias y ambulatorias, los errores en alguna nota consignada en el expediente se corregirán pasando una sola línea sobre el error, anotando la fecha de ocurrencia, las iniciales y código del personal de la salud. El dato correcto se anotará en la línea siguiente a continuación del error o en el lugar que corresponda, en particular cuando el error fue anotar en un formulario equivocado o en secuencia equivocada.

Resguardo del Expediente Clínico.

26. En cada establecimiento, debe existir un área única de archivo para los expedientes clínicos, centralizada en las oficina de admisión y registros médicos de cada establecimiento proveedor de servicio de salud, no se podrá tener archivos separados por sexos, ambientes de atención, sectores y otros, en estricto cumplimiento de la normativa N-094 “Manual de Organización, Funciones y Procedimientos de las Oficinas de Estadísticas del MINSA”.
27. El Expediente clínico debe estar disponible en el archivo y debe funcionar con un horario adecuado a las condiciones y organización de los establecimientos de salud.

28. En el expediente clínico ninguna parte podrá suprimirse, desecharse, anularse, modificarse o destruirse si se encuentra en el grupo de expedientes activos o pasivos de acuerdo a la normativa N-094.
29. Cada expediente clínico deberá contener únicamente papelería con información del o la paciente, en correspondencia con el número de expediente asignado, de acuerdo a los procedimientos establecidos en la normativa N-094.
30. La oficina y/o departamento de Admisión y Estadísticas de los establecimientos de salud le corresponde: Clasificar, ordenar, guardar y conservar el expediente clínico.
31. Todo expediente clínico archivado debe poseer una cubierta o una carpeta, constituida por una portada y una contraportada:
 - i. La portada debe contener datos de identificación del o la paciente (primer apellido, segundo apellido, nombres; fecha de nacimiento que debe ser verificado con su número de cédula, partida de nacimiento tarjeta de vacunación o pasaporte), dirección exacta que contenga barrio, comarca, comunidad, SILAIS, Municipio (distritos, en el caso de Managua) al que pertenece el establecimiento proveedor de servicios de salud y el nombre del establecimiento.
 - ii. La contraportada donde se podrán colocar datos referentes a los ingresos, hospitalizaciones, citas.
 - iii. Número de seguro cuando corresponda el caso
32. Los establecimientos proveedores de servicios de salud que manejan los expedientes clínicos de los pacientes, deben conservarlos en archivo activo por un período no menor de 5 años contados a partir de la fecha de la última atención médica para ello se deben adaptar los espacios y ordenar los archivos tanto activos como pasivos de acuerdo a las condiciones del establecimiento de salud, en cumplimiento de la normativa N-094.
33. Transcurridos cinco años desde el último contacto de la persona con el establecimiento de salud, el expediente clínico se conservará en archivo pasivo por 5 años más, siguiendo las instrucciones y procedimientos de la normativa N-094:
 - a. El archivo pasivo se organiza cuando ha transcurrido cinco años de inactividad del expediente, porque él o la paciente no ha regresado a recibir atención a la unidad de salud durante ese periodo.
 - b. El traslado de expedientes clínicos del archivo activo al pasivo (pasivación) se realizará una vez en el año.
 - c. Los expedientes clínicos de personas fallecidas se guardarán en los archivos pasivos para efectos de investigación y nunca se eliminarán. Cuando no se disponga de espacios físicos para guardar los expedientes de personas fallecidas entonces la información puede almacenarse utilizando técnicas de microfilmación, digitalización u otro tipo de almacenamiento para guardar la información de los mismos.

- d. Los expedientes clínicos pasivados se podrán reincorporar al archivo activo una vez que el o la paciente solicite nueva atención, siguiendo las normas establecidas para tales casos.
 - e. Los expedientes clínicos que ya se encuentran en el archivo pasivo pueden conservar el orden de las hojas que tienen en ese momento, sin embargo cuando éstos sean activados deben de adoptar el orden establecido en el Manual de Procedimientos del expediente clínico.
 - f. Los expedientes clínicos que pasan al archivo pasivo lo harán con el número que tienen. NO se asignará un nuevo número a los expedientes clínicos que pasan al archivo pasivo ni se ANULARAN los números de estos Expedientes Clínicos.
34. Después de cinco años de estar resguardado un expediente clínico en el archivo pasivo, se podrá eliminar (ya sea por desmenuzamiento o incineración) una vez que la información contenida haya sido almacenada bajo cualquier tecnología descrita con anterioridad (microfilms, electrónica, etc...). Esto implica que la eliminación de un expediente se efectúa cuando tiene diez años de inactividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Norma técnica para el manejo del expediente clínico y Manual de análisis del expediente clínico. Managua, Nicaragua 2007
2. Sánchez Berríos Manuel. Norma para el Manejo del Expediente Clínico [No publicado]. Managua, Nicaragua 2003
3. Ortega Juana. Propuesta de Norma de Expediente Clínico [No publicado]. Managua, Nicaragua 2003
4. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Guía para el Manejo del Expediente Clínico en las Empresas Médicas Previsionales (EMPs) y Unidades de Salud de Riesgo Profesionales (USRPs). Managua, Nicaragua 2006
5. Sánchez Berríos Manuel. Guía para el Manejo del Expediente Clínico. Managua: Hispamer 1993.
6. Ministerio de Salud. Manual de Funcionamiento Comité de Evaluación de Calidad Hospitales del Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua 1996
7. Ministerio de Salud. Norma de Consulta Externa Hospitalaria. Managua, Nicaragua 1997

8. Ministerio de Salud. Manual de Normas y Procedimientos del Departamento de Estadística y Registros Médicos en el Primer Nivel de Atención. Managua, Nicaragua 2003
9. Organización Panamericana de la Salud. El Departamento de Registro Médico: Guía para su organización. Serie PALEX para técnicos y auxiliares No 19. Washington 1990.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

CONTENIDO

INTRODUCCION	31
--------------------	----

ACRONIMOS	33
OBJETIVOS	34
MARCO LEGAL, NORMATIVO Y METODOLÓGICO;	34
POLÍTICAS DE OPERACIÓN	36
LISTADO DE PROCEDIMIENTOS	37
I. Procedimientos Asistenciales	37
II. Procedimientos Administrativo	47
III. Procedimientos docente-asistenciales,	56
IV. Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones,	58
DIAGRAMA DE FLUJOS EN MODO FLUJOGRAMA MATRICIAL	61
BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	65

INTRODUCCION

Con esta segunda edición de la normativa N-004 concerniente al “Manual del Expediente Clínico”, el Ministerio de Salud actualiza una parte fundamental de su marco normativo para el ejercicio de sus funciones regulatorias, que tiene como propósito general alcanzar elevados niveles de rendimiento laboral mediante la utilización adecuada del expediente clínico en las instituciones públicas y privadas del sector salud; Manteniendo las orientaciones precedentes relacionadas con el registro de la información en el mismo, para que pueda cumplir con las funciones sub-siguientes: contribuir a la mejora en la calidad de la atención de las y los pacientes, ser un instrumento docente, de investigación clínicaepidemiológica y una documentación médico - legal y ética.

“Los múltiples modelos de expediente clínico y las variaciones en el sistema de anotación son el resultado de la diversidad en el manejo del mismo, en los diferentes establecimientos proveedores de servicio de salud y de la no existencia de un sistema de

estandarización”² fueron, entre otras razones, las principales consideraciones prácticas asumidas para justificar la primera edición de esta normativa;

ANTECEDENTES

Este documento conserva la orientación de la primera edición al brindar *“pautas para que el expediente clínico tenga una estructura adecuada”* (1) reproducible en todas sus aplicaciones para validar científicamente las anotaciones correspondientes, dada su esencia documental, que deben ser expresadas en forma pertinente, coherente, ordenada y precisa.

Esta segunda edición responde a los plazos de revisión a la presente Normativa. Adicionalmente, las principales consideraciones para realizar esta segunda edición están las que responden a las disposiciones de la Dirección General de Regulación Sanitaria para facilitar el desarrollo de los procesos de regulación bajo su competencia, mediante las disposiciones establecidas en la normativa N-070: norma metodológica para elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud (2).

Los cambios más evidentes en esta segunda edición están en la denominación específica y el orden de presentación de los documentos bases; en lo sucesivo toda la normativa

“Norma para el manejo del expediente clínico” y “Guía para el manejo del expediente clínico” se denominará “NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO” y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, en vista de los cambios de paradigmas relativos al abordaje de las y los pacientes en los servicios de salud.

Los principales fundamentos para cambiar de “Guía (y Norma) para el Manejo...” a

““NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO” y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO”, obedecen a disposiciones de la normativa N-070, en particular:

- Se requiere de ambientes organizacionales o estructurales bien diferenciados y definidos, que no son imprescindibles en las guías y protocolos.
- La normativa es de aplicación genérica y debe estar acorde en forma explícita con los lineamientos del MOSAFC, en particular con los niveles de complejidad y resolución crecientes de los problemas de salud de las y los pacientes.
- De acuerdo con lo anterior El Manual, a diferencia de La Guía, no está diseñado para abordar un solo problema de salud sino que responde al abordaje mismo de todos los problemas de salud que presenten o demanden las y los pacientes.

² MINSA: Normativa N-004 pág. 36

En su condición de manual, esta sección de la normativa es parte fundamental de los instrumentos gerenciales disponibles para regular las prácticas médico-sanitarias del personal de salud que trabajan directamente con los expedientes clínicos, en las instituciones públicas y privadas del sector salud. En consecuencia este manual está dirigido y debe ser aplicado por el personal de salud según afectaciones y roles de competencias técnicas y administrativas.

Acrónimos utilizados en este documento:

AMEN: Alimentación, Medicación, Exámenes, Normas.

APS: Estrategia Atención Primaria en Salud

DGRS: Dirección General de Regulación Sanitaria

MOSAFC: Modelo de salud Familiar Comunitario

HCOP: Historia Clínica Orientada al Problema

POMR: Siglas originales en idioma inglés de los “Registros Médicos Orientados por Problemas”: “Problems Oriented Medical Records.”

SOAP: Abordaje sistemático primario y subsiguiente de los Registros Médicos Orientados a problemas en donde: **S** = registro de los datos **Subjetivos**; **O** = registro de los datos **Objetivos**; **A** = **Análisis** inferencial y deductivo de los datos disponibles con fines diagnósticos y pronósticos. **P** = **Planes** diagnósticos, terapéuticos y educativos.

ISS: Investigaciones en los **Servicios de Salud**: *Es un tipo de metodología de investigación, internacionalmente reconocida que aplica enfoques gerenciales o administrativos a los problemas de salud pública susceptibles de ser investigados con el método científico.*

SIS: Sistema de Información en Salud

OBJETIVO GENERAL

Establecer los procedimientos para regular las actividades y tareas de elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico; A fin de contar con **información, evidencias y conocimientos** requeridos para dispensar y administrar los servicios médico-sanitarios a las personas en todos los ámbitos y establecimientos del sector salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Integrar los procesos internos del expediente clínico con la metodología “*historia clínica orientada a problemas*” en la atención a todo paciente y usuarios competentes de la información.

- 2) Instruir sobre el registro y utilización de información clínico-sanitaria válida para tomar decisiones inmediatas, en los planes y el debido control de las actividades asistenciales que se realizan con fines preventivos, de promoción, diagnósticos, terapéuticos, de recuperación y rehabilitación de la salud.
- 3) Garantizar el registro de la información clínico - sanitaria de los pacientes para contar con registros adecuados, bases de datos incluidos, que permitan disponer de evidencias en respaldo a las decisiones asistenciales, gerenciales y docentes a través de la técnica SOAP.
- 4) Obtener **información, evidencias y conocimientos** en apoyo a la gestión docente-investigativa que promueve las innovaciones e investigaciones; Así como garantizar los requerimientos que faciliten el trabajo de los comités de la calidad de los expedientes clínicos.

Marco legal, normativo, metodológico y conceptual:

El **Manual de procedimientos del expedientes clínico** tiene el propósito de responder a una problemática básica en el sistema de salud: ¿Cómo proceder con el expediente clínico?, así como precisar las instrucciones requeridas para crearlo, usarlo, operativizarlo y resguardarlo; esto es responder para cada expediente clínico: ¿quién lo hace, cuándo, cómo, dónde, por qué y para qué?

Marco legal de referencia:

El marco de referencia comprende las prácticas médica-sanitarias que confluyen y documentan los expedientes clínicos, está determinado por el marco regulatorio de la gestión de salud, particularmente las políticas sociales del estado Nicaragüense y la política nacional de salud, operacionalizada y ejecutada a través del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (3) en todos los niveles resolutivos (4) del sistema nacional de salud;

Marco Metodológico Conceptual:

El marco conceptual propuesto contiene un conjunto de postulados y principios metodológicos que le otorgan suficiente coherencia y claridad de funcionamiento a los expedientes clínicos; En este sentido para el Manual de procedimientos correspondiente se consideran esenciales:

- Un abordaje metodológico global a través del enfoque sistémico aplicado a la gestión por procesos y resultados, en donde se identifican, codifican y evidencian los procedimientos y

actividades que intervienen en los flujos de eventos necesarios para producir, utilizar y resguardar los expedientes clínicos.[\(Ver Flujograma matricial, pág. 61\).](#)

- Propuesta: Una visión integral (incluyente y multidisciplinaria) de los procesos y procedimientos para la configuración de los expedientes clínicos.

De acuerdo a esos principios metodológicos el Expediente Clínico es (conceptuado o concebido como) un componente fundamental del sistema de información en salud (SIS) que funciona en la base de captación, procesamiento y resguardo de información operativa, mediante procesos heterogéneos y recursos funcionales en los establecimientos del sistema de salud, para documentar las prácticas médicas, de enfermería y conexas del personal, aplicadas en los servicios para beneficio de las persona que los utilizan.

El expediente clínico, necesariamente, deberá reflejar las actividades asistenciales, docentes, administrativas e investigativas que realizan el personal de salud ya que son los PROCESOS fundamentales utilizados en este manual.

Finalmente, el Expediente Clínico actualmente es considerado elemento fundamental del Sistema de Información en Salud (SIS), porque proporciona los insumos básicos a los procesos de monitoreo y evaluación en la gestión clínica y la gerencia general de los servicios de salud, simultáneamente contribuye con los contenidos científicos positivos (estadísticas, casuísticas, estudios de casos, ensayos clínicos y otros) a la Medicina Basada en Evidencias; adicionalmente aporta elementos indispensables a la gestión de la calidad de los servicios de salud, incluyendo las auditorías médicas en los casos que es requerida.

Conceptos principales de términos utilizados.

Procesos Asistenciales: Conjunto de procedimientos que realizan los profesionales de la salud **en la atención directa a los y las pacientes** de sus servicios para recuperar, rehabilitar, conservar, proteger y promover la salud. Acciones que son anotadas en el expediente clínico con la finalidad inmediata de producir datos e información para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas, sobre la marcha de los acontecimientos in situ “al lado del paciente”.

Procesos Administrativos: Conjunto de procedimientos y actividades que realizan los profesionales de la salud para **documentar** su accionar en los procesos asistenciales, con la finalidad de producir y acumular evidencias que son relevantes en el expediente clínico.

Procesos Docentes: Conjunto de procedimientos de alto contenido educativo para todo paciente, usuarios de la información y profesionales de la salud, que se realizan en el contexto de generación y utilización del expediente clínico para producir conocimientos o sistematizaciones de experiencias, que retroalimentan los planes diagnósticos, terapéuticos y educativos contemplados en la secuencia SOAP.

Procesos de Soporte a las Investigaciones e innovaciones en el sector salud:

Conjunto de procedimientos que realizan los profesionales y técnicos de la salud en el contexto aplicativo de las normas de almacenamiento, archivo y resguardo del expediente clínico, a fin de garantizar la disponibilidad de registros médico-sanitarios reutilizables y confiables en apoyo a las investigaciones, Innovaciones, estudios de caso, auditorías médicas y otros usos previstos en las normas del expediente clínico.

Planes Diagnósticos, Terapéuticos y Educativos: Son productos de la “Historia Clínica Orientada por Problema” obtenidos por el personal profesional de salud en la generación y utilización del expediente clínico, mediante el abordaje sistemático de los problemas identificados en las y los pacientes a través de secuencias repetitivas (algoritmos) conocidas como SOAP; en donde utilizando los datos **S**ubjetivos y **O**bjetivos se hace un **A**nálisis y balance diagnóstico y terapéutico para identificar lagunas (problemas) que deben ser subsanadas mediante los respectivos **P**lanes Diagnósticos, Terapéuticos y Educativos.

Políticas de Operación

Las políticas de operación del presente manual responden a la política nacional de salud (10 lineamientos en el año 2013) y las orientaciones del MOSAFC que inciden sobre los principales procesos previamente conceptualizados: Asistenciales, Administrativos, Docentes e Investigativos que sostienen toda la estructura laboral de los expedientes clínicos en los establecimientos del sector salud.

Aplicando el marco metodológico-conceptual previamente descrito, con el enfoque sistémico debidamente asumido, el expediente clínico es entendido como un sub-sistema operativo, que facilita la identificación comprensiva de los procedimientos requeridos por y para cada uno de los procesos previamente señalados. En este sentido, los principales procedimientos subordinados a cada uno de los procesos del presente manual son:

Listado de procedimientos

I. Procedimientos Asistenciales I.1.

Abordaje clínico – sanitario.

- I.2. Evolución y seguimiento.
- I.3. Resolución del caso.
- II. Procedimientos Administrativos**
 - II.1. Admisión e Ingreso
 - II.2. Permanencia / estancia
 - II.3. Alta / egreso
- III. Procedimientos docente-asistenciales**
 - III.1. Diagnósticos.
 - III.2. Terapéuticos.
 - III.3. Prognosis: rehabilitación, protección y promoción
- IV. Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones.**
 - IV.1. Ordenamiento y clasificación.
 - IV.2. Almacenamiento y conservación.
 - IV.3. Mantenimiento en modo activo o pasivo.

Descripción de los procedimientos.

En la descripción de los procedimientos listados en el acápite precedente, se asume una descripción comprensiva de las actividades, tareas y pasos que se integran en cada procedimiento, a fin de identificar y precisar las instancias y personal a cargo, que estén responsabilizados por realizar esas actividades y tareas dentro de las organizaciones hospitalarias y clínicas públicas y privadas, así como en los puestos y centros de salud del MINSA en el primer nivel de atención.

I. Procedimientos Asistenciales

I.1. Abordaje clínico – sanitario, comprende las siguientes actividades y tareas:

A1.- Realizar Admisión a todas las y los pacientes que demanden o necesiten los servicios de emergencias, hospitalizaciones, consultas externas y toda la gama de servicios ambulatorios disponible en el primer nivel de atención. Estas actividades están bajo la responsabilidad del personal administrativo y asistencial a cargo de los registros y archivos (estadísticas) en cada establecimiento de salud. Para cumplir con estas obligaciones se utilizarán los formatos ([ver en anexo número P211 y P212](#)), correspondiente a la [Hoja de identificación de las y los pacientes](#) en donde se registran los datos generales de la o el paciente, así como los datos del (los) representante(s) legal(es) o los contactos en casos de emergencia; para ello existe un formato establecido por el Ministerio de Salud.

A2.- Levantar historia clínica y notas de ingreso: (Formatos a utilizar según ciclo de vida orientado en el MOSAFAC. Ver en anexo número ([P112A](#), [P112B](#), [P112C](#), [P112D](#) y [P112E](#)))

- a) Para realizar el llenado de la historia clínica se aplicará la metodología conocida como *“Historia Clínica Orientada a Problemas”* con expansión a los *“Registros médicos orientados a problemas”*. Se trata de una compilación ordenada, circunstanciada y detallada de todos los datos y conocimientos personales, familiares y semiológicos, anteriores y actuales, referidos por las y los pacientes; a través de los cuales se puede inferir diagnósticos con aproximaciones sucesivas de mayor precisión a la situación actual.

Siempre debe ser elaborada por un profesional de la salud, en el mejor de los casos por un médico; debe realizarse en las y los pacientes que acuden por primera vez a un establecimiento proveedor de servicio de salud. Deberá actualizarse anualmente o cuando lo amerite el caso.

Contenido de la Historia Clínica:

Anamnesis: Llamado también interrogatorio. Debe ser completa y cumplir con todos los puntos descritos en los formatos anexo (número [P112](#)). , incluye:

- i. Antecedentes personales y familiares patológicos.
- ii. Antecedentes personales no patológicos.
- iii. Antecedentes laborales.
- iv. Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual.
- v. Revisión por aparatos y sistemas: Debe consignarse y comentarse los datos positivos recopilados.
- vi. Otros datos relevantes que el profesional de la salud considere necesario.
- vii. Todos aquellos formatos que formen parte de la historia deben ser anexados en esta sección. En los casos de la atención del niño menor de 5 años y la mujer embarazada se incorporará los formatos establecidos en las normas de atención.

Examen físico: Se registrará los hallazgos normales y anormales de forma adecuada, completa y objetiva.

Impresión diagnóstica o diagnóstico al ingreso: Debe fundamentarse en base a los hallazgos del interrogatorio, examen físico, revisión por sistemas y resultados de exámenes complementarios existentes.

La Historia clínica deberá llenarse de forma completa y llevará el nombre del profesional de la salud que la realiza, categoría, firma y sello.

- b) Respecto de las Referencia y Contrarreferencias de las y los pacientes se utilizarán los formatos establecido por el Ministerio de Salud (anexo número [P231A](#)). para derivar al paciente a otro nivel de resolución cuando el caso lo amerite.

- c) Hoja de Atención en Emergencia: La nota de emergencia debe llevar los datos de identidad del paciente, así como la información del médico que realiza esta nota, el motivo de consulta y quejas principales, la historia de la enfermedad actual, examen físico, análisis o avalúo, planes, firma y sello del médico que elaboró la nota. Se anexa el formato (anexo número [P211](#)).
- d) La nota de ingreso se realiza en el servicio de emergencia o consulta externa, no debe ser redundante y tiene que informar explícitamente la atención brindada en dicho sitio y el motivo de ingreso. Es independiente de la nota de recibo por lo tanto se deben elaborar por separado. La nota de ingreso se elabora en la hoja de evolución y tratamiento, se anexa el formato (anexo número [P222B](#)), y debe de llevar:
- i. Nombre, apellidos y especialidad del médico que la(s) realiza(n).
 - ii. Resumen de los datos del interrogatorio y el examen físico relacionados al motivo del ingreso.
 - iii. Resultados de laboratorio y de exámenes especiales relacionados a la causa del ingreso.
 - iv. Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
 - v. Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educativos.
 - vi. Firma y sello del médico que la realiza.

A3.- Exámenes de laboratorio y medios diagnósticos

Se anexarán los resultados de laboratorios, reportes de ultrasonidos o rayos X, reportes de patología y otros medios diagnósticos que se le hayan realizado a las y los pacientes. Se incluyen en estos reportes todos los estudios realizados en consulta externa o emergencia, en sala de observación y los de la hospitalización. Los reportes histopatológicos o histoquímica siempre deben ser colocados al inicio de esta sección independientemente de la fecha en que este fue reportado. Todos estos reportes deben ser colocados en el formato establecido, (ver formato en anexo número [P223](#))

I.2.- Evolución y seguimiento. Comprende las siguientes actividades y tareas:

A1.- Tomar y registrar notas de enfermería, signos vitales y demás

instrucciones médicas específicas. Se anexan formatos (número [P121A](#), [P121B](#) y [P123B](#))

Deberá elaborarse por el personal de enfermería según la frecuencia pre-establecida u órdenes del profesional de la salud. En cada hoja debe registrarse el nombre completo de las y los pacientes y el número del expediente; nombre de establecimiento y servicio de atención. En cada nota se debe consignar: la fecha y hora de elaboración, nombre del

personal de enfermería que la realiza, condiciones en que se recibe la o el paciente, signos vitales, administración de medicamentos con su fecha, hora, cantidad y vía, problemas que se presentan durante la atención, procedimientos realizados, condiciones en que se entrega al paciente, observaciones, firma y código del personal.

Es el registro de las observaciones y atenciones prestadas al paciente por el personal de enfermería, constituye un medio de comunicación eficaz entre estos últimos y el personal médico, ya que se anota la condición del o la paciente y el tratamiento realizado siguiendo las prescripciones del médico. La frecuencia con que se escribe la nota depende del estado del o la paciente y de las veces que amerite atención.

Registro Gráfico de Signos Vitales. Se anexa el formato número ([P121A](#)):

Se grafican los signos vitales para facilitar el seguimiento durante la atención a las y los pacientes hospitalizados. Para registrar se utiliza color azul para los datos obtenidos durante el día y rojo para los obtenidos durante la noche. En esta hoja también se expresa los eliminados por orina y evacuaciones, así como el peso.

Control de signos vitales e ingeridos y eliminados. Se anexa el formato (número [P123B](#))

Deberá seguir los formatos establecidos por el Ministerio de Salud y ser llenado por el personal de enfermería que está atendiendo al paciente. En esta hoja se registran los signos vitales, así como todos los ingeridos y eliminados por todas las vías (oral, parenteral, perdidas por tubos o sondas en cavidades, otros).

Hoja de información de condición diaria de las y los pacientes. Se anexa el formato (número [P331](#)). Esta hoja es un constancia de que el profesional de la salud le otorga la información de la condición, evolución, diagnóstico y tratamiento del paciente o su representante legal; debe contener: el nombre del paciente, fecha y hora que se brinda la información, información suministrada, nombre y firma de quien recibe el informe. Será llenada diariamente por un profesional de la salud, en el mejor de los casos el médico tratante.

A2.- Tomar notas sobre la evolución del caso, notas de recibo y listado de problemas iniciales:

En la Nota de recibo, se registrará las condiciones en que se recibe al paciente en la sala de hospitalización e implica un abordaje integral de los problemas. Siempre debe de elaborarse por separado de la nota de ingreso independientemente del tiempo que

transcurra entre una nota y la otra. Cada problema abordado en la nota de recibo debe ser evaluado de acuerdo a la secuencia SOAP. Se anexa formatos (número [P222A](#) y [P222B](#))

Datos básicos

Los datos básicos son la información que se registra en relación con el o los problemas en un tiempo dado. Los datos básicos se obtienen a partir de:

- i. Anamnesis o interrogatorio.
- ii. Examen físico. iii. Exámenes complementarios. iv. Toda nueva información.

Una vez obtenidos los datos iniciales, pueden agruparse para formular una lista por problemas que muestre la recolección de los mismos. Si todos los datos importantes aún no están contenidos en los iniciales, se indicarán y registrará información más detallada para cada problema.

Del problema inicial pueden derivar sub-problemas, que por su relevancia deben registrarse en la lista de problemas. Ejemplo: Problemas inicial es diabetes mellitus y el sub-problema neuropatía.

Los datos básicos corresponden a toda la información recolectada mediante la anamnesis o interrogatorio, el examen físico y los exámenes complementarios (estudios de laboratorios, radiológicos, otros). También se incluyen los problemas sociales y organizativos. Siempre deben registrarse todos los hallazgos, haciendo énfasis en los anormales.

Lista de problemas Comprende la formulación y seguimiento de los datos básicos iniciales, y su rasgo esencial es la objetividad; por tanto, deberán ser lo más explícito posible, asegurando una solución específica. No se admiten conclusiones diagnósticas excesivamente inespecíficas o ambiguas, acompañadas de términos imprecisos como “probable”, “en estudio”, “a descartar”. Se anexa el formato (número [P222A](#))

La lista de problemas debe proporcionar información suficiente al profesional de la salud que necesite saber de una o un paciente determinado, en una forma rápida, pero ordenada, todos los problemas que presenta hasta la fecha de su última atención en el establecimiento proveedor de servicio de salud. La lista de problemas es dinámica, evolutivamente cambiante y única para cada paciente.

Cuando se construye una lista de problemas de un o una paciente por primera vez que ha tenido problemas de salud anteriormente, el médico tiene que decidir cuáles formarán

parte de la lista que se registraran en el expediente. Esta decisión dependerá de los siguientes factores:

- a. La importancia del problema para el o la paciente y el equipo de salud.
 - La seriedad del problema para descartar enfermedades. □
El riesgo que genera el problema.
- b. Interés del problema para futuros planes.

El estado de los problemas puede ser: activo, inactivo, resuelto y debe ordenarse de la siguiente manera:

- i. Fecha en que se registra el problema.
- ii. Número del problema. iii. Problemas activos.
 - iv. Fecha de inactivación
- v. Fecha de resolución del problema.
- vi. Problemas inactivos.

A3.- Realizar valoraciones específicas. Se anexa el formato (número [P222B](#))

Adicionalmente, las notas de evolución describen el proceso de atención recibida por pacientes en cada visita al establecimiento proveedor de servicios de salud. Inician con la fecha, hora, número y título del problema. Son narrativas y proporcionan información sistemática y cronológica sobre la evolución del caso durante su estadía. Las mismas deben ser suficientemente detalladas y deben expresar los cambios en la situación clínica de las y los pacientes. Esta información se organizará de acuerdo con la secuencia SOAP:

S → **S**ubjetivo
O → **O**bjetivo
A →
Análisis **P**
→ **P**lan

- a. Datos subjetivos (**S**): Es la información relevante que cada paciente refiere acerca de su problema, o sea lo que siente y dice al profesional de la salud. Contiene los síntomas, impresiones de los familiares, etc.
- b. Datos objetivos (**O**): Es la descripción del examen físico orientado al problema que realiza el profesional de salud y de los resultados de los estudios complementarios (laboratorio, anatomopatológicos, electrocardiogramas, rayos X y otros).

- c. Análisis **(A)**: Es la interpretación y concatenación lógica de los datos subjetivos y objetivos que presentan las y los pacientes, generando información VÁLIDA para la toma de decisión, en correspondencia con la precisión diagnóstica obtenida. También debe corresponderse con el curso evolutivo, condición actual y el pronóstico.
- d. Plan **(P)**: Significa demostrar cómo se va a proceder con cada uno de los problemas. Aborda el problema siguiendo los pasos descritos en los planes iniciales: Diagnóstico, tratamiento y educación.

A4.- Documentar procedimientos clínico quirúrgicos en ejecución y realizados.

Se anexa formatos (número [P123A](#), [P124A](#), [P312A](#))

Registros pre, operatorios y postoperatorios

Valoración cardiológica:

Se le debe realizar a todo paciente mayor de 40 años o aquellos que son portadores de factores de riesgo para eventos cardiovasculares o con antecedentes personales de cardiopatía. Debe ser elaborada por un cardiólogo o en su defecto por un médico internista. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento. Para realizar la valoración cardiológica el médico debe contar con los siguientes exámenes: biometría hemática completa, glicemia, creatinina, electrocardiograma, radiografía de tórax o cualquier otro estudio de gabinete que el médico requiera, por la naturaleza de las enfermedades de base del o la paciente.

Valoración por medicina interna:

Se solicitará por el cirujano tratante cuando exista una condición médica que implique riesgo quirúrgico, cuando el o la paciente tenga una enfermedad de base que amerite su intervención. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento. Se anexa el formato (número [P222B](#))

Nota preoperatoria

Deberá ser elaborada por el cirujano que realizará la cirugía y debe contener: datos de identidad del o la paciente, nombre y apellidos del médico, fecha y hora en que se realiza

la nota, fecha de la cirugía, diagnóstico preoperatorio, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios, así como pronóstico. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento.

Controles pre y postoperatorio:

Estas actividades se realizan y registran por separado por cada personal de salud involucrado en la atención al paciente. Las actividades, observaciones y notas realizadas por el personal de enfermería se anotarán en la hoja *Nota de Enfermería*; las actividades, observaciones y notas realizadas por el cirujano y anestesiólogos se anotarán en la hoja *Nota de Evolución y Tratamiento*.

Nota operatoria

Deberá elaborarse con los aspectos científicos – técnicos de la operación practicada, y deberá contener: datos de identidad del o la paciente (nombre y apellidos, expediente, servicio), fecha de la operación, hora de inicio, hora de finalización, tiempo de duración; nombre/apellido del cirujano, del primer y segundo ayudante, del anestesista, instrumentista y circular. Así mismo deberá describirse tipo de anestesia, diagnóstico pre y postoperatorio, cirugía efectuada, hallazgos transoperatorio, descripción de la técnica quirúrgica practicada; planes postquirúrgico; así firma, código y sello del médico que elaboro la nota. Se anexa el formato (número [P124A](#))

Anestesia:

Nota preanestésica:

La nota preanestésica será elaborada en las hojas de evolución y tratamiento por el especialista en anestesiología y que participará en la cirugía. Además de los datos generales del o la paciente y del establecimiento de salud, esta nota debe contener la clasificación del riesgo anestésico, exámenes preoperatorios de rutinas (biometría hemática completa, glicemia, creatinina, tipo y Rh, pruebas de coagulación sanguínea) o especiales que hayan sido solicitados, estudios de imagen, solicitud de sangre, así como la técnica de anestesia propuesta. Siempre debe llevar firma, código y sello del médico.

Registro de Anestesia: Se anexa el formato (número [P312A](#))

Este formato es llenado por el anestesiólogo y contiene además de la identificación del o la paciente, la hora de inicio de anestesia, los signos vitales durante toda la cirugía y automatismo respiratorio, una escala de recuperación de anestesia que incluye el

estado de conciencia, circulación, respiración, coloración y movilidad, total de diuresis durante el trans-operatorio y el aproximado de perdidas hemática. En este documento se escribe los datos de técnica y metodología de la anestesia utilizada, los líquidos y hemoderivados que se administraron, operación efectuada, los nombre del equipo quirúrgico y posición en que se colocó al paciente para la intervención quirúrgica. También deberá registrarse los cuidados postoperatorios inmediatos y la valoración post anestésica a las 24 horas. Debe contener el nombre completo, firma, código y sello del especialista.

Recuento de compresas

Debe seguir y utilizar el formato oficial establecidos por las autoridades de Salud. Se debe describir el tipo de sutura y cantidad utilizada. Se anexa el formato que debe ser llenado por el personal técnico quirúrgico, instrumentista y circular (número [P124B](#))

Control de medicamentos

En este formato se registran los medicamentos que se administran al paciente durante la hospitalización, permite cotejar con las órdenes médicas el control de medicamentos prescritos y aplicados. Es llenado por el personal de enfermería y debe incluir el nombre del medicamento y los cinco exactos. Se anexan los formatos correspondientes. El formato perfil fármaco-terapéutico debe ser llenado por el médico tratante (número [P321A](#) / [P321B](#))

Solicitud de interconsulta y tránsito de pacientes:

Este formato se utiliza para la solicitud de valoración diagnóstica, terapéutica por otro servicio o especialidad dentro o fuera del establecimiento de salud. Se anexa el formato que debe ser llenado por el personal profesional de salud solicitante y el que recibe la solicitud (número [P123A](#))

I.3.- Cierre del caso – Resolución de problemas. Comprende las siguientes actividades y tareas:

A1.- Asentar las condiciones del egreso en la epicrisis del caso.

La Epicrisis debe resumir los procedimientos realizados, los principales exámenes de laboratorio, así como el tratamiento ambulatorio prescrito. El formato debe ser llenado

por el personal médico, debidamente autorizado por el médico de base. Ver anexo número [P232A](#).

A2.- Certificar el egreso

Con la epicrisis se oficializa el egreso. Este documento le pertenece al paciente y debe ser entregado en original al momento del egreso, incluye nombre, firma y código del médico tratante Anexo número [P232A](#)

Nota de Defunción

Se elabora en la hoja de evolución y tratamiento, incluye los datos de identificación del o la paciente, fecha y hora en que se realiza la nota, nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza, resumen clínico del o los problemas que presentaba el o la paciente, causa de la muerte clasificada en: directa, intermedia, y básica de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades vigente (CIE10), hora y fecha de fallecimiento, si se realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar, describirlas, si no se realizaron maniobras de resucitación, explicar por qué. Se incluye la firma y sello del médico que realiza.

Constancia de Defunción:

La constancia de defunción debe ser llenada por el médico que atendió el deceso, con su firma y código, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Salud. El documento original se le entregará al familiar o representante legal de la persona fallecida y se debe dejar una copia en el expediente.

Constancia de Abandono: (Formatos en anexo número [P232B](#))

Es el documento por medio del cual cada paciente o persona adecuada que lo represente, solicita el egreso del establecimiento de salud sin autorización del Médico tratante, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá contener lo siguiente: fecha y hora de abandono, nombre completo del paciente o familiar y parentesco (si este fuera el caso), número de cédula y firma de quien solicita el abandono, problemas y/o diagnóstico encontrados, resumen de las consecuencias y/o complicaciones que se pudieran originar del abandono, nombre completo, firma y número de cédula de dos testigos.

A3.- Prescribir las instrucciones al egreso

- a. Prescripciones dentro de los planes terapéuticos: instrucciones específicas en torno a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos: cirugía, dieta, fisioterapia, ayuda social, religiosa, etc.
- b. Prescripciones dentro de los planes educativos: instrucciones específicas al paciente o su representante legal, sobre las enfermedades y los cuidados requeridos. Es fundamental que cada paciente y su familia entiendan su situación de salud, para que jueguen un papel activo en la solución de los problemas

Estas instrucciones quedarán documentadas en la epicrisis que pertenece y se entrega el original al paciente al momento del egreso, incluye nombre, firma y código del médico tratante. Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud y no sustituye a la nota de contrarreferencia.

Nota de Contrarreferencia, formato en anexo número P233, es la respuesta institucional a la referencia donde se expresa el reconocimiento, valoración y tratamiento realizado, así como los resultados e indicaciones que debe seguir el o la paciente en su atención integral, mediante los procesos de Atención Primaria y la Dispensarización establecidos en el MOSAFC para estos fines.

II. Procedimientos Administrativos aplicables en Atención ambulatoria, Observación de las Emergencias y Hospitalización.

II.1. Admisión e Ingreso, comprenden las siguientes actividades y tareas. Se anexa formatos (número P211B y P212):

A1: Documentar tipo de admisión: papelearía / formatos establecidos.

Apertura del Expediente Clínico:

- Verificar que el o la paciente no posee expediente clínico en ese establecimiento proveedor de servicio de salud.
- Si el o la paciente no tiene expediente clínico se le deberá asignar un número de expediente por el personal de admisión, esta numeración aplicará **la codificación a 16 dígitos** para la identificación manual o automatizada de los expedientes clínicos; Con ese código se debe registrar el número de expediente asignado en la carpeta, en la tarjeta índice (en los casos que corresponda) y en la tarjeta de identificación de pacientes.
- **En los establecimientos de salud, temporalmente en la transición de códigos únicos**, se continuarán utilizando los procedimientos establecidos: Hasta agotar existencias, las carpetas de los expedientes de dos colores, celestes y rosados. Se asignará un color de acuerdo al sexo del cada paciente; el celeste para hombres y rosados para mujeres.

- El llenado de la carpeta con los datos de identificación que deben ser tomados de un documento de identidad o mediante una entrevista cuidadosa por el personal de la sección de admisión. Se anexa el formato (número [P213A](#), [P213B](#) y [P213C](#))
- Los datos que deben ser escrito en la carpeta son:
 - Primer apellido.
 - Segundo apellido.
 - Nombres.
 - Número de Expediente, con el código de 16 dígitos.
 - El nombre del Establecimiento Proveedor de Servicio de Salud.
 - Número de INSS o seguro de régimen voluntario cuando el caso corresponda.
- Se deben anexar las hojas o formatos correspondientes a la atención en salud de acuerdo al orden que se establece.
- Una vez abierto el expediente clínico se entregará una tarjeta de identificación y se elabora una tarjeta índice de paciente.
- El expediente clínico se traslada al profesional de salud o servicio donde le brindarán atención.

Para pacientes que poseen expediente clínico

- Una vez solicitada la atención subsiguiente por cada paciente, es necesaria la coordinación entre el encargado de admisión y el de archivo para la búsqueda rápida del expediente clínico:
 - Si el o la paciente trae consigo la tarjeta de identificación se busca el expediente en archivo y se remite al profesional de la salud que le brindará la atención.
 - En caso que el o la paciente no porte su tarjeta de identificación, el personal de admisión debe solicitar fecha de nacimiento y nombre completo del o la paciente o algún documento que registre estos datos y proceder a la búsqueda en el archivo para remitirlo al profesional de la salud que le brindará atención.

En el caso que un paciente acuda a la institución de salud y por su condición no se pueda obtener los datos patronímicos, para la generación del expediente y su codificación, se deberá asignar el término “DESCONOCIDO” y un número correlativo de dos dígitos. Esta disposición será aplicada temporalmente, mientras se obtenga la información pertinente.

A2: Documentar el ingreso con el manejo de todos los formatos:

Atención en la sala de emergencias. Se anexa el formato (número [P211](#))

Se llenará el formato Servicio de emergencia donde se registra los datos personales de cada paciente y el profesional de salud escribe la información de la atención. Si el o la paciente es dado de alta de la sala de emergencia, el formato y sus anexos deben

incorporarse a su expediente. Si no tiene expediente, el formato y sus anexos se deben archivar alfabéticamente por los apellidos, según procedimientos de la normativa N-094 del MINSA.

Si el o la paciente amerita ser trasladado a observación u hospitalización se le debe buscar su expediente en el archivo; en caso de no poseer debe elaborarse, siguiendo los pasos correspondientes al acápite Apertura del Expediente Clínico.

A3: Ensamblar (armar) el expediente clínico; El personal de admisión implementará la secuencia de documentos, hojas, formatos y demás que se detallan a continuación:

a) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria exclusivamente:

Consulta Ambulatoria

- Carpeta
- Lista de problemas en el anverso de la segunda página.
- Constancia de abandono cuando el caso lo amerite.
- Referencia y/o Contrarreferencia.
- Hoja de interconsulta y tránsito de pacientes.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Notas de enfermería.
- Historia Clínica: HCP, Historia clínica, pediátrica, adolescentes y adultos.
- Hoja de seguimiento de atención integral a la niñez.
- Consentimientos informados.
- Hoja de identificación de pacientes.
- Reporte de exámenes y medios diagnósticos: reportes de laboratorios clínico, dictamen radiológico, ultrasonidos, electrocardiograma y otros (al reverso de la contraportada).

b) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria y hospitalización:

Consulta Ambulatoria

- Carpeta
- Lista de problemas en el anverso de la segunda página.
- Notas de evolución para nuevas consultas - Epicrisis.
- Constancia de Abandono.
- Registro de admisión y egreso.
- Notas de evolución y tratamiento durante la hospitalización.
- Hoja de información de condición diaria de las y los pacientes.

- Servicio de emergencias.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo.
- Historia Clínica General.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Nota operatoria.
- Control pre y postoperatorio.
- Registro de anestesia.
- Recuento de compresas.
- Registro gráfico.

-
-

Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.

Transferencia y contrarreferencia.

- Interconsulta y tránsito de pacientes.
- Consentimiento informado.
- Reporte de laboratorios y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

Todas las hojas o formatos deben llevar datos de identidad de las y los pacientes: nombre, número de expediente, ubicación (servicio, cubículo, cama), nombre y perfil del profesional que atiende a las y los pacientes, hora y fecha de la nota, deben llevar la firma y el sello del profesional de la salud que las realice y así como el nombre del establecimiento proveedor de servicio de salud.

Observación:

- Carpeta.
- Lista de problemas en el anverso de la segunda página.
- Hoja de información de condición diaria del o la paciente.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Hoja de referencia y contrarreferencia.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Interconsulta y tránsito de pacientes.
- Control de medicamentos.
- Notas de enfermería.
- Consentimientos informados.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

En hospitalización:

- Carpeta.
- Lista de problemas en el anverso de la segunda página.
- Hoja de información de condición diaria del o la paciente.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Registro gráfico de signos vitales.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo. - Historia clínica.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.

-
-
- Control pre operatorio. - Nota operatoria.
- Registro de anestesia.
- Control postoperatorio y evolución durante el periodo de anestesia - Recuento de compresas.
- Interconsulta y tránsito del o la paciente.
Referencia y contrarreferencia. Consentimientos informados.
- Registro de admisión y egreso.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

Los formatos quirúrgicos, de interconsulta y tránsito del o la paciente, referencia y contrarreferencia se anexarán cuando el caso lo amerite, considerando el orden antes descrito.

Estructura y Componentes del Expediente Clínico:

Carpeta:

Incluye todos los datos referidos en Apertura del Expediente. En casos de hospitalización se coloca al final de todas las hojas. (número [P213A](#), [P213B](#) y [P213C](#))

Porta Expediente:

En caso de hospitalización o estancia en observación de los servicios de Emergencias, se debe utilizar un porta expediente metálico, generalmente de aluminio. Este debe contener el número de expediente, nombre y apellido del o la paciente, departamento, nombre del servicio y número de cama en la portada con letra legible.

II.2. Permanencia / estancia, comprenden las siguientes actividades y tareas: **A1: Asegurar el consentimiento informado general y para efectuar procedimientos especiales de tipo Diagnóstico, Quirúrgico o Terapéutico.**

Consentimiento informado. Se anexa el formato, aplica principalmente en los hospitales (número [P221](#))

De acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud es un derecho de los y las pacientes o su representante legal a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos.

-
-

El consentimiento informado es un documento que protege en su salud al paciente y legalmente al personal y establecimiento. Este documento se sujetará a los requisitos previstos en los reglamentos y leyes vigentes, serán revocables cuando el o la paciente lo decida.

El consentimiento del o la paciente debidamente informado deberá constar por escrito, a excepción:

Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.

Cuando cualquier paciente no esté en condiciones para tomar decisiones, el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.

- Cuando la emergencia no permita demoras que pueden ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
- La negativa por escrito a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de la salud, en su caso; pudiendo solicitar al paciente su alta voluntaria.

El médico debe proporcionar de forma clara, sencilla y comprensible al paciente la siguiente información:

- Consecuencias seguras y relevantes de la intervención diagnóstica o terapéutica que vaya a realizarse.
- Riesgos típicos o previsibles.
- Riesgos infrecuentes pero no excepcionales, que tengan la consideración clínica de muy graves.
- Riesgos que implica el no practicar la intervención.

Todo consentimiento informado debe contener como mínimo:

- Datos generales del o la paciente o su representante legal.
- Datos del establecimiento de salud.
- Datos del médico que proporciona la información.
- Acto(s) médico autorizado.
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- Nombre completo y firma de los testigos.
- Firma del o la paciente.

El consentimiento informado se realiza en las siguientes situaciones:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.

-
-
- Procedimientos que requieren anestesia general.
- Procedimientos gineco-obstétricos.
- Participación voluntaria del paciente en investigaciones biomédicas o ISS.
- Necropsia hospitalaria.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que conlleve a mutilación.

El número de consentimientos informados va a ser acorde al número de procedimientos o actos médicos que amerite el o la paciente durante su estancia en el establecimiento de salud, así como de la condición o estado de salud en que este se encuentre. Durante una hospitalización o un proceso de atención el número de consentimiento informado puede ser mayor a uno si el médico y paciente los consideran convenientes y necesarios.

A2: Documentar la permanencia: Uso de la papelería / formatos establecidos

Notas de Seguimiento, Evolución y Tratamiento. Se anexa formatos (número [P122A](#), [P122B](#) y [P222B](#))

Debe realizarse de acuerdo a las pautas del enfoque Historia Clínica Orientada por Problemas, en particular la evolución y actualización sistemática de la lista de problemas, que se enfatiza más adelante en los procedimientos docenteasistenciales.

El profesional de la salud debe escribir en cada una de las hojas el nombre del establecimiento de salud, nombre completo del o la paciente y número de expediente. En cada nota debe registrarse la fecha y hora en que se realiza, el nombre, apellidos, especialidad del(los) profesional(es) que participan en la evolución nombre del problema que se evoluciona y firma y sello del profesional que la realiza.

Nota de Consulta Externa:

La nota de consulta externa debe seguir los pasos de acuerdo a las pautas del enfoque Historia Clínica Orientada por Problemas, esta información es registrada en las hojas evolución y tratamiento.

Reporte de Laboratorio y Medios Diagnósticos. Se anexa el formato (número [P223](#)) Se anexarán los resultados de laboratorios, reportes de ultrasonidos y/o rayos X, reportes de patología y otros medios diagnósticos que se le hayan realizado al paciente. Se incluyen en estos reportes todos los estudios realizados en consulta externa o emergencia, en sala de observación y los de la hospitalización. Los reportes histopatológicos o histoquímica siempre deben ser colocados al inicio de esta sección independientemente de la fecha en que este fue reportado. Todos estos reportes deben ser colocados en el formato establecido que se encuentra en el reverso de la contraportada de la carpeta.

Solicitud de interconsulta y tránsito de paciente:

Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud. Este formato se utiliza para la solicitud de valoración diagnóstica, terapéutica por otro servicio o especialidad dentro o fuera del establecimiento de salud. Se anexa el formato (número [P123A](#))

Control de medicamentos. Se anexa formatos (número [P321A](#) y [P321B](#))

En este formato se registran los medicamentos que se administran al paciente durante la hospitalización, permite cotejar con las órdenes médicas el control de medicamentos prescritos y

aplicados. Es llenado por el personal de enfermería y debe incluir el nombre del medicamento y los cinco exactos³.

A3: Retroalimentar los planes aplicando SOAP y AMEN: papelería / formatos establecidos. Se anexa formatos (número [P222B](#) y [P223](#))

Las retroalimentaciones a los planes con indicaciones correctivas o complementarias, deben referirse en el borde derecho de la hoja de evolución aplicando el recurso nemotécnico AMEN para la revisión y actualización exhaustiva de los planes:

A	→	Alimentación
M	→	Medicamentos
E	→	Exámenes
N	→	Normas

Las indicaciones en los planes actualizados deben seguir un orden numérico que inicia al abordar cada problema.

- a. Alimentación (**A**): Debe ordenarse y describirse el tipo y condición de la dieta y los requerimientos energéticos solicitados.
- b. Medicamentos (**M**): Deben ordenarse y describirse todos los medicamentos consignados en los planes terapéuticos del Plan del SOAP, coherentes a los protocolos de atención y listado oficial de medicamentos. Como regla práctica se anotan en el orden numérico similar al de la lista de problemas evolucionada, y la prescripción debe llevar los siguientes elementos:
 - Los medicamentos deben prescribirse con nombre genérico.
 - Indicar la presentación del medicamento.
 - Por debajo del nombre del medicamento debe enunciarse entre paréntesis o corchetes la dosificación en mg/Kg/d, o g/Kg/d, ml/Kg/d.
 - Aplicar la norma de los cinco (5) exactos: dosis, concentración, vía, intervalo y tiempo de duración.
- c. Exámenes (**E**): En esta sección se ordenarán todos los medios disponibles o no disponibles que facilitan el diagnóstico siguiendo los protocolos de atención. Serán incluidos en el mismo orden de los problemas consignados en la nota de evolución.
- d. Normas (**N**): Corresponde a todos los cuidados prescritos por el profesional de la salud. Se incluye la orden de interconsulta, referencias o contrarreferencias, educación en salud.

II.3. Egreso y Alta, comprenden las siguientes actividades y tareas:

A1: Documentar el Egreso

El Egreso Hospitalario

³ Cinco exactos: Paciente exacto, medicamento exacto, dosis exacta, vía de administración exacta y la hora exacta.

Debe utilizarse el formato establecido por el Ministerio de Salud. Debe ser llenada por el médico que ingresa y/o egresa al paciente del establecimiento de salud. Se anexa el formato (número [P211B / P231B](#))

A2: Documentar el alta: elaborar la epicrisis.

Criterios de Alta: Consignados y fundamentados en la nota de evolución del alta, firmada por el médico de base, según lo establecido en las normas por enfermedades de cada hospital.

Epicrisis

Este documento pertenece y se entrega el original al paciente al momento del egreso. Debe anexarse una copia al expediente. Contiene los datos de identificación del o la paciente, fecha de ingreso y egreso, diagnóstico al egreso, resultados de exámenes que fundamentaron el diagnóstico, tratamiento (incluye procedimientos quirúrgicos), padecimiento que se descartaron, complicaciones y recomendaciones, nombre, firma y código del médico tratante. Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud (número [P232A](#)) y no sustituye a la nota de contrarreferencia.

A3: Realizar orden de salida, traslados o contra referencia

Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud. Se anexa formatos (número [P231A](#) y [P222B](#))

III. Procedimientos docente-asistenciales, en su mayor parte son de la competencia del personal médico.

III.1. Diagnósticos, comprenden las siguientes actividades y tareas:

A1: Realizar el Análisis de los datos disponibles

La nota de recibo se realiza en la hoja de evolución y tratamiento formato en anexo (número [P222B](#)) y debe de llevar:

- i. Nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza.
- ii. Número y nombre del problema que se evoluciona.
- iii. Resultados de laboratorio y de exámenes especiales enviados al ingreso.
- iv. Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
- v. Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales.
- vi. Firma y sello del médico que la realiza.

Todo el proceder analítico posterior, debe redundar en mantener actualizados los planes diagnósticos, en el entendido que se deben considerar los estudios complementarios que sean relevantes y pertinentes, para obtener una mayor definición de los problemas y facilitar el tratamiento. Es entender cada problema en su nivel más básico. A través del plan diagnóstico se pueden confirmar o excluir los diagnósticos diferenciales.

A2: Realizar Interconsultas e intervenciones diagnósticas, quirúrgicas y terapéuticas.

Interconsultas (justificación y cumplimiento): Anotar las necesidades de interconsulta de acuerdo a la condición del paciente, adjuntar una copia de la hoja de interconsulta y elaborarla en la nota de evolución. (número [P123A](#) y [P222B](#))

A3: Actualizar listado de problemas, aplicando la secuencia didáctica **SOAP**.

Identificación de nuevos problemas: Anotar los problemas que se presenten durante la hospitalización del o la paciente, particularmente con nuevas enfermedades, complicaciones y efectos iatrogénicos. Ver anexo número [P222A](#)

III.2. Terapéuticos , comprenden las siguientes actividades y tareas:

A1: Actualizar los planes de tratamiento (SOAP)

Recordar que los planes terapéuticos son efectivamente planes específicos de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos (cirugía, dieta, fisioterapia, ayuda social, religiosa, etc.) que representan los esfuerzos para interferir con la historia natural del problema.

Mantener actualizado el perfil farmacoterapéutico oportunamente elaborado, siguiendo las instrucciones y el formato establecido (número [P321A](#)); En este formato se describe las prescripciones farmacológicas durante un período de 24 horas. Los datos deben ser registrados por el personal médico y Enfermería.

A2: Instruir sobre la nutrición y dietas requeridas (Formato anexo número [P222B](#))

Alimentación y nutrición: Anotar en las hojas de evolución Indicada, de acuerdo a la edad, estado nutricional, padecimiento y condición clínica del paciente. Todo eso en correspondencia con los planes terapéuticos y educativos previamente establecidos

A3: Instruir sobre actividad física o reposo requeridos (Formato anexo número [P222B](#))

En las notas de evolución como en las epicrisis se dejará constancia de estas instrucciones, sea con fines de rehabilitación mediante fisioterapia haciendo las referencias correspondientes, o en el otro extremo, las instrucciones de reposo absoluto o relativo requerido por el paciente, dado el cuadro clínico que lo justifique. Todo esto en correspondencia con los planes diagnósticos, terapéuticos y educativos previamente establecidos.

III.3. Prognosis: rehabilitación, protección y promoción , comprenden las siguientes actividades y tareas: (Formatos en anexo número [P122B](#), [P221](#), [P222B](#), y [P331](#))

A1: Informar al enfermo (a) o familiares de su problemática

Acá se retoman las orientaciones consignadas en el consentimiento informado de los y las pacientes, no tan solo para cubrir exigencias administrativas o médico legales, sino que además para obtener y documentar la colaboración asertiva de los y las pacientes, que en el mejor de los casos puede estar recogida en los Planes Educativos, dada la importancia fundamental que cada paciente y su familia entiendan su situación de salud, para que jueguen un papel activo en la solución de los problemas.

A2: Informar sobre el manejo ambulatorio y control de riesgos (Formatos en anexo número [P122B](#) y [P332](#))

Se dejará constancia en las notas de evolución, epicrisis, contrarreferencia y planes de tratamiento, sobre el manejo que requieren los pacientes para recibir atención ambulatoria a través de la consulta externa de los hospitales tratantes o en los centros de salud de procedencia.

A3: Dispensarizar, si es dispensarizable. (Formatos en anexo número [P122B](#) y [P332](#))

Se aplicarán las mismas instrucciones que en el acápite precedente; sobre todo en donde ya se hayan logrado niveles de desarrollo organizativo superiores en la prestación de servicios bien articulados y la Dispensarización de las personas, bajo las orientaciones del MOSAFC. De hecho quedan pendientes las articulaciones orgánicas en el funcionamiento de los expedientes clínicos y las historias familiares, en particular a través de los procesos de Dispensarización de las familias.

IV. Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones, en su mayor parte estos procedimientos les competen y están bajo la responsabilidad de las oficinas de estadísticas y registro médicos, en todos los establecimientos en donde existe este recurso, en su defecto por el personal médico o de enfermería, según corresponda.

IV.1. Ordenamiento y clasificación, comprende las siguientes actividades y tareas:

A1: Verificar constitución y orden del expediente clínico con los formatos establecidos:

A2: Foliar, firmar y sellar cada página del expediente clínico

A3: Verificar y actualizar en el tarjetero índice o anaqueles según corresponda

IV.2. Almacenamiento y conservación, comprende las siguientes actividades y tareas:

A1: Verificar codificación y numeración correctas (numeración y códigos únicos, entre otros.)

A2: Almacenar en depósitos, anaqueles o repositorios, según corresponda. Una vez solicitado el expediente clínico y llevado al sitio donde será atendido el o la paciente, se debe de llevar un registro diario que señale la fecha y hora de salida, firma de quien recibe, destino del expediente, fecha y hora de regreso, firma de quien entrega (Anexo número [P423](#)). Esto también aplica cuando el expediente es extraído por otros motivos diferentes a la atención.

Una vez concluida la utilización del expediente clínico por el personal de salud, debe ser regresado en las primeras 24 horas al archivo para ser ordenados y colocados en los anaqueles correspondientes.

El expediente se debe colocar y mantener en su anaquel correspondiente de forma ordenada y sin que sobresalga una hoja. (Normativa N-094 del MINSA)

Cada proveedor de servicios de salud en el MINSA asumirá la identificación única del expediente clínico, utilizando **la codificación a 16 dígitos para la identificación manual o automatizada (de acuerdo al avance tecnológico alcanzado) de los expedientes clínicos.** Dicha codificación estará conformada por datos del municipio donde nació el o la paciente (según códigos de municipios que utiliza el Consejo Supremo Electoral), las iniciales de los dos nombres y dos apellidos de la persona, sexo, fecha de nacimiento y un identificador de control para eliminar redundancias.

De tal manera que el código de un expediente cualquiera, por ejemplo:



161FEBCM07027201

(3 dígitos) 161 ➡ Es el código del municipio de nacimiento. Ese código utiliza el Consejo Supremo Electoral para el municipio de Estelí.

(4 dígitos) FEBC ➡ Son las iniciales de los dos nombres y dos apellidos del paciente. En este ejemplo se trata de “Fidel Eliezer Báez Castillo”.

(1 dígito) —→ M Representa el Sexo del paciente. En este sitio se podrán seleccionar los valores de: M (Masculino), F (Femenino). En este ejemplo es “M” de masculino.

(6 dígitos) —→ 070272 Representa la fecha de Nacimiento del paciente en formato dd/mm/aa. En este caso es “07 de Febrero de 1972”

(2 dígitos) 01 —→ Este valor es secuencial. Representa un identificador de control para eliminar asignaciones de un mismo código a más de un expediente, es un error de redundancia que induce ambigüedad y confusión.

De tal manera que, al decodificar, podemos convertir el código del expediente “161FEBCM07027201” a los datos de un paciente, en donde los 16 dígitos responden en este ejemplo a la interpretación siguiente:

Nombre : Fidel Eliezer Báez Castillo.

Nacido en : Estelí.

Sexo : Masculino

Fecha de Nacimiento: 070272

EXCEPCIONES:

- 1) Se utilizará el No. 9 como carácter comodín (relleno) para aquellos casos que los pacientes no cuenten con datos como: segundo nombre, segundo apellido, tal y como se muestra a continuación:
 - a. Si solo tiene un nombre y dos apellidos -> F9BC.
 - b. Si solo tiene nombre, segundo nombre y un apellido -> FEB9.
 - c. Si solo tiene un nombre y un apellido -> F9B9.
- 2) Si es un nombre compuesto no utilizar (de, los, la, etc).
- 3) Si es extranjero se utilizará el código de área internacional de la guía telefónica o sino el código 800.

A3: Controlar nuevas entradas y salidas (Formato en anexo número [P423](#))

El expediente clínico solo puede ser facilitado al personal autorizado de ese establecimiento de salud. En casos de personas ajenas al establecimiento deben solicitar el expediente a las autoridades competentes del establecimiento.

En el archivo clínico se utiliza el tarjetón de reemplazo que nos indica la ubicación y destino del expediente clínico dentro de las unidades de salud. Todo expediente clínico que se retira de su lugar por un tiempo mayor a 24 horas, en el archivo clínico debe ser reemplazado por un tarjetón de reemplazo, que señale la fecha y el destino del expediente.

La salida del expediente clínico del archivo se controlará mediante un cuaderno u hoja de registro.

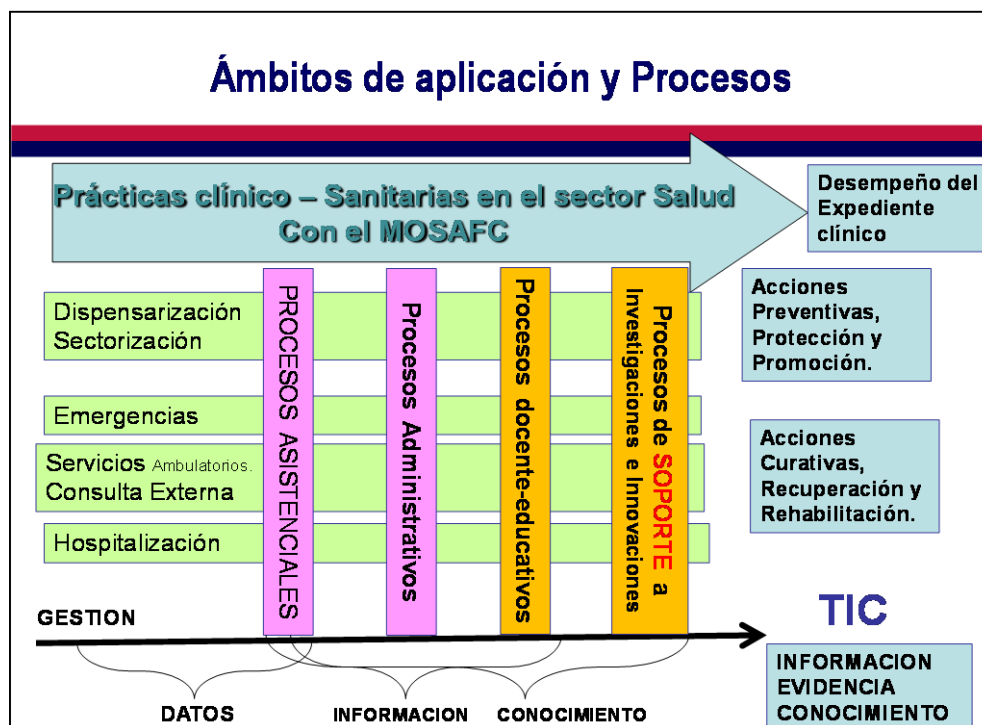
IV.3. Mantenimiento en modo activo o pasivo, comprende las siguientes actividades y tareas:

A1: Clasificar en Activo o Pasivo (5 o más años de inactividad)

A2: Respalidar información, aplicando TIC factibles y pertinentes

A3: Depurar / incinerar expedientes que ya no serán utilizados

Marco legal, normativo, metodológico y conceptual Diagrama de flujos en modo [flujograma matricial](#)

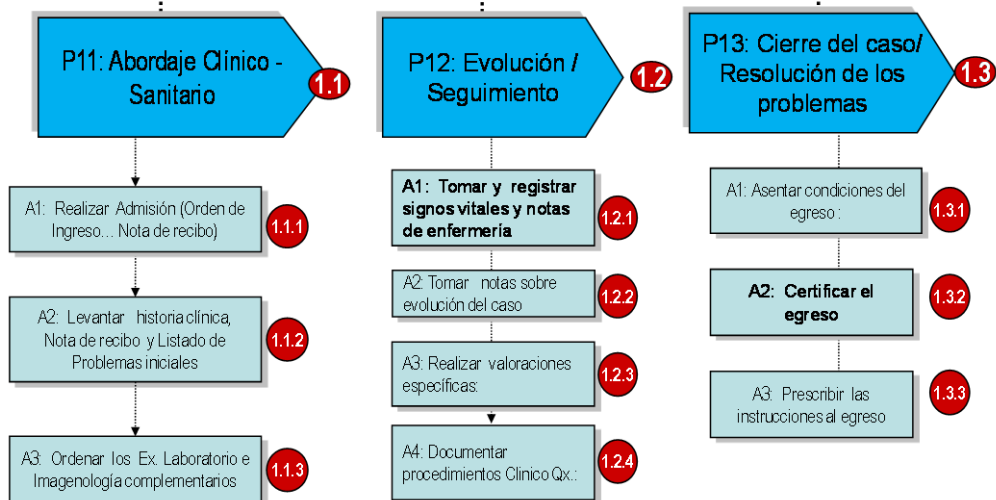




Procedimientos de desempeño con el expediente clínico (1)

X1: PROCESOS ASISTENCIALES

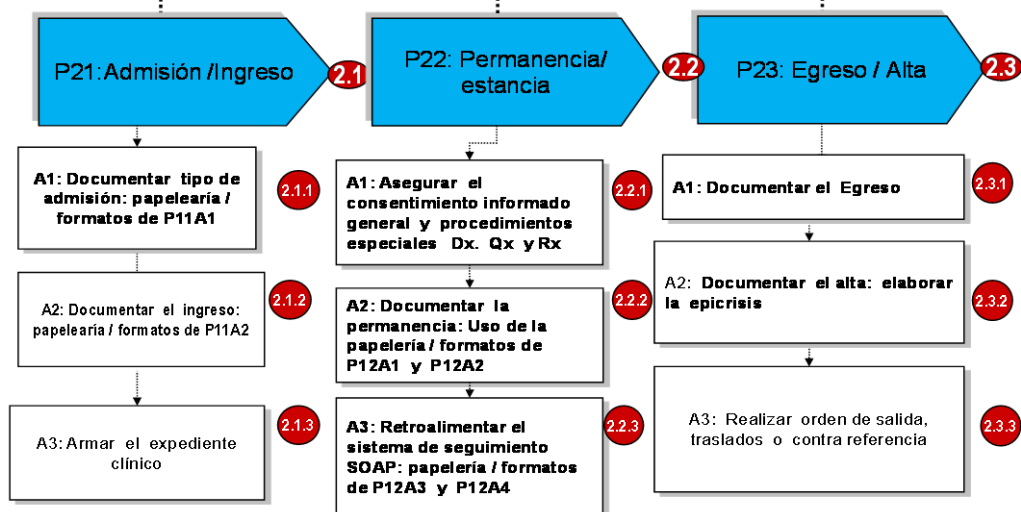
Información
válida para la
toma de decisiones

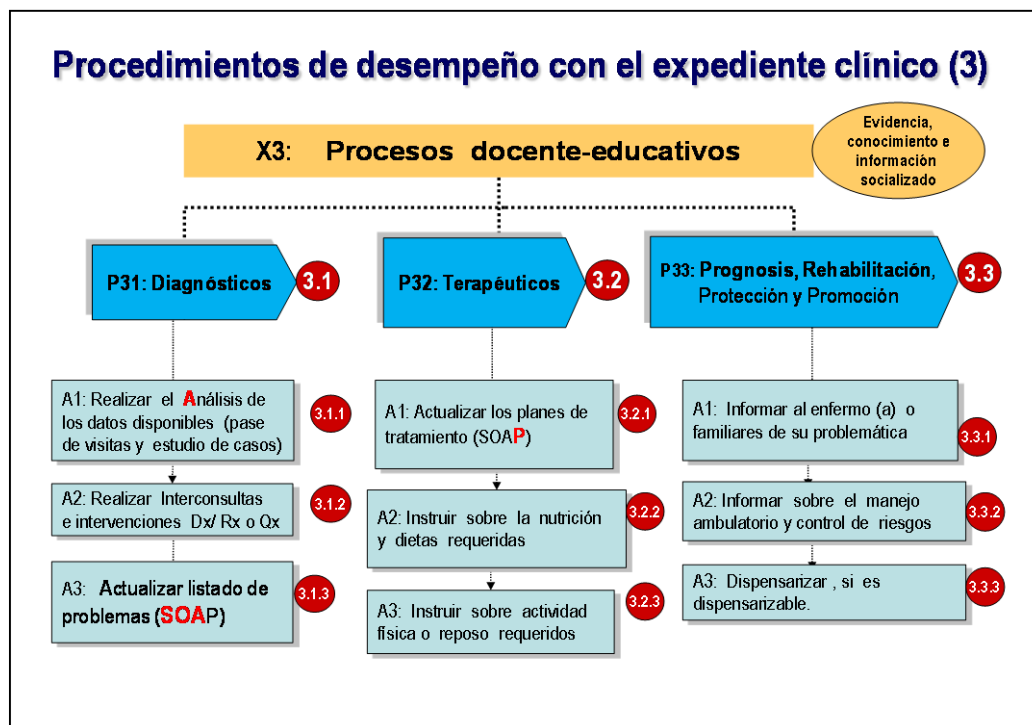


Procedimientos de desempeño con el expediente clínico (2)

X2: Procesos Administrativos: GESTION de los datos e información

Evidencia de
respaldo a las
decisiones





BIBLIOGRAFIA

- 1) MINSA; Dirección General de Regulación Sanitaria. Normativa N-004: Guía para el Manejo del Expediente Clínico, pp 35. Managua, Mayo – 2008.
- 2) MINSA; Dirección General de Regulación Sanitaria. Normativa N-070: Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud, pp 27-34. Managua, Junio – 2011.
- 3) MINSA; División General de Planificación y Desarrollo: Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Managua, Julio – 2008.
- 4) MINSA; División General de Planificación y Desarrollo: Modelo de Salud Familiar y Comunitario - Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios. Managua, Julio – 2008.
- 5) OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2008; 1211 Ginebra 27, Suiza pp: 43-60.
- 6) Lawrence I. Weed, M.D. Medical Record that Guide and Teach (The ProblemOriented Medical Record). New England Journal of Medicine 27ª:593-600, 652-657 (March 14, 21), 1968.
- 7) MINSA; División General de Planificación y Desarrollo. Normativa N-094: Manual de organización, funciones y procedimientos de las oficinas de estadísticas del MINSA. Managua, Julio – 2012.
- 8) MINSA; División General de Planificación y Desarrollo: Manual de organización y funciones del sector en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Managua, Julio – 2008.

Anexos

Cláusulas suspensivas de los formatos y formularios Anexos:

- I. Todos los formatos y formularios anexos del Expediente Clínico estando vigentes y debidamente aprobados por el MINSA son considerados de referencia nacional; Al momento de ser aprobada la presente normativa deben ser utilizados en los establecimientos públicos y privados proveedores de servicios de salud. Por lo tanto, no pueden suspenderse o cambiarse sin el debido respaldo de la Comisión Nacional de Normas, Guías, Manuales y Protocolos del Sector Salud a través de normativas previamente aprobadas o, en su defecto, por orientaciones específicas de la Dirección Superior del MINSA.
- II. La codificación única del Expediente Clínico a 16 dígitos, consignada en la presente normativa, a corto plazo o en menos de cinco años, hará innecesaria la utilización de carpetas a color celeste o rosadas; Sin embargo, se permite la utilización de esas carpetas hasta agotar inventarios mientras dure el periodo de transición de la nueva codificación.

Anexos: Formatos y Formularios del Expediente Clínico

Nº	Procedimiento	Código	Referencia y Contenido
01	Abordaje clínico	P112A	HISTORIA CLINICA PERINATAL
02	Abordaje clínico	P112B	PARTOGRAMA
03	Abordaje clínico	P112C	HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA
04	Abordaje clínico	P112D	HISTORIA CLÍNICA PARA ADOLESCENTES
05	Abordaje clínico	P112E	HISTORIA CLÍNICA DE ADULTOS
06	Abordaje clínico	P112F	LISTA DE PROBLEMAS / Preliminar al ingreso
07	Evolución/ seguimiento	P121A	REGISTRO GRÁFICO DE SIGNOS VITALES
08	Evolución/ seguimiento	P121B	NOTAS DE EVOLUCIÓN por Enfermería
09	Evolución/ seguimiento	P122A	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO
10	Evolución/ seguimiento	P122B	HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN A LA NIÑEZ
11	Evolución/ seguimiento	P123A	SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRANSITO DE PACIENTE
12	Evolución/ seguimiento	P123B	CONTROL DE SIGNOS VITALES, INGERIDOS Y ELIMINADOS
13	Evolución/ seguimiento	P124A	NOTA OPERATORIA
14	Evolución/ seguimiento	P124B	RECuento DE COMPRESAS
15	Admisión / Ingreso	P211	HOJA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA
16	Admisión / Ingre Egreso	P211B / P231B	REGISTRO DE ADMISIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO
17	Admisión / Ingreso	P212	HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
18	Admisión / Ingreso	P213A	CARPETA ROSADA PARA PACIENTES FEMENINAS
19	Admisión / Ingreso	P213B	CARPETA CELESTE PARA PACIENTES MASCULINOS
20	Admisión / Ingreso	P213C	CARPETA BLANCA PARA NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE
21	Permanencia / estancia	P221	Consentimiento informado
22	Permanencia / estancia	P222A	LISTA DE PROBLEMAS / En seguimiento
23	Permanencia / estancia	P222B	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO
24	Permanencia / estancia	P223	REPORTES DE LABORATORIO CLINICO ...
25	Admisión/Ingreso	P231A	Referencia de pacientes
25b	Egreso / Alta	P233	Contrarreferencia de pacientes
26	Egreso / Alta	P232A	Epicrisis
27	Egreso / Alta	P232B	Constancia de abandono
28	Interconsultas e intervenciones quirúrgicas	P312A	Registro de anestesia
29	Procedim. Terapéuticos	P321A	Perfil farmacoterapéutico
30	Procedim. Terapéuticos	P321B	Control de medicamentos

31	Prognosis, rehabilitación, protección y promoción	<u>P331</u>	Informe de condición diaria de pacientes
32	Prognosis, rehabilitación, protección y promoción	<u>P332</u>	Registro de hallazgos en la exploración clínica (Examen de mamas)
33	Almacenamiento (archivo) y conservación del expediente clínico.	<u>P423</u>	CONTROL DE REGISTRO DIARIO DE SALIDA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL ARCHIVO

HISTORIA CLINICA PERINATAL

P112A

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRE Y APELLIDOS: _____
DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____
FECHA DE NACIMIENTO: día ____ mes ____ año ____
EDAD (años): ____
ETNIA: blanca ____ indígena ____ mestiza ____ negra ____ otra ____
ALFA BETA: blanco ____ negro ____
ESTUDIOS: ninguno ____ primario ____ secundario ____ universitario ____
ESTADO CIVIL: casado ____ unión estable ____ soltero ____ viudo ____
Lugar del control prenatal: _____
Lugar del parto/aborto: _____
Nº identificación: _____

ANTECEDENTES
FAMILIARES: TBC ____ diabetes ____ hipertensión ____ preeclampsia ____ eclampsia ____ otra cond. médica grave ____
PERSONALES: cirugía genito-urinary ____ infertilidad ____ cardiopat. ____ nefropatía ____ violencia ____ VIH+ ____
OBSTETRICOS: gestas previas ____ abortos ____ vaginales ____ nacidos vivos ____
ULTIMO PREVIO: n/c ____ normal ____ <2500g ____ >4000g ____
Antecedente de gemelares: no ____ si ____
FIN EMBARAZO ANTERIOR: día ____ mes ____ año ____
EMBARAZO PLANEADO: no ____ si ____
FRACASO METODO ANTICONCEP: no usaba ____ barrera ____ DIU ____ hormo ____ enter ____ natural ____
GESTACION ACTUAL: PESO ANTERIOR: ____ Kg IMC: ____ TALLA (cm): ____
EG CONFIABLE por FUM: Eco <20 s. ____
FUMACT: FUMPR: DROGAS: ALOCOHOL: VIOLENCIA: ANTIRUBEOLA: ANTITETANICA: EX. NORMAL: ODONT: MAMAS: OTRAS: _____

ATENCIÓNES PRENATALES
CERVIX: normal ____ anormal ____ no se hizo ____
Insp visual: ____
PAP: ____
COLP: ____
GRUPO: Rh: ____ Inmuniz: ____
Toxoplasmosis: <20sem IgG ____ >20sem IgG ____
1ª consulta IgM ____
GLUCEMIA EN AYUNAS: <24 sem ____ >24 sem ____
BACTERIURIA: sem. normal ____ anormal ____ no se hizo ____
CHAGAS: ____
PALUDISMO/MALARIA: ____
Hb <20 sem ____ >20 sem ____
Fe/FOLATOS: ____
Hb <11.0 g/dl ____ >11.0 g/dl ____
ESTREPTOCOCCO: ____
PREPARACIÓN PARA EL PARTO: ____
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: ____
VIH - Diag - Tratamiento: ____
SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento: ____
Tto. de la pareja: ____

PARTO
FECHA DE INGRESO: día ____ mes ____ año ____
CONSULTAS PRENATALES: total ____
CARNÉ: no ____ si ____
LUGAR DEL PARTO: Institucional ____ Domiciliar ____ Otros ____
HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no ____ si ____
CORTICOIDES ANTENATALES: completo ____ incompleto ____ ninguno ____
INICIO: espontáneo ____ inducido ____ cesar. elect. ____
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: no ____ si ____
EDAD GEST. al parto: <37 sem ____ ≥37 sem ____
PRESENTACION: cefalica ____ pélvica ____ transversa ____
TAMANO FETA: acorde ____ no acorde ____
ACOMPANANTE: pareja ____ familiar ____ otro ____ ninguno ____

TRABAJO DE PARTO
hora ____ min ____ posición de la madre ____ PA ____ pulso ____ contr/10' ____ dilatación ____ altura present. ____ variedad posic. ____ meconio ____ FCF/dips ____
HTA previa ____ HTA inducida ____ preeclampsia ____ eclampsia ____ cardiopatía ____ nefropatía ____ diabetes ____
infec. ovular ____ infec. urinaria ____ amenaza parto preter. ____ RCIU ____ rotura prem. de membranas ____ anemia ____ otra cond. grave ____
1ª trim. ____ 2ª trim. ____ 3ª trim. ____ postparto ____
infec. puerperal ____ TOP ____ Sifilis ____ VIH ____

NACIMIENTO
VIVO ____ MUERTO ____
parto ____ anteparto ____ ignora momento ____
POSICION PARTO: sentada ____ acostada ____
solicitado por la usuaria ____ si ____ no ____
DESGARROS: Grado (1 a 4) ____
OCITOCICOS: prealumb. ____ postalumb. ____
PLACENTA: completa ____ retenida ____
LIGADURA CORDON: precoz ____
MEDICACION RECIBIDA: ____
TERMINACION: espont. ____ cesárea ____ forpce ____
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: ____
INDIC. INDI. OPER. ____

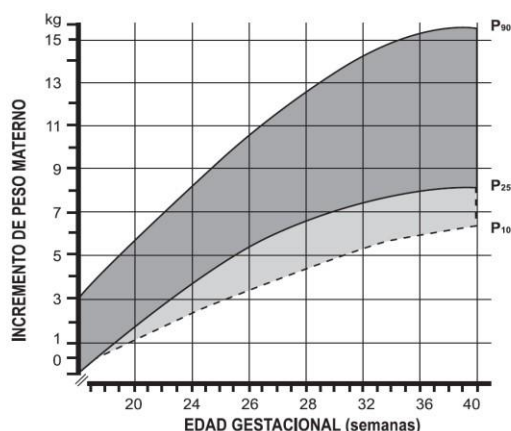
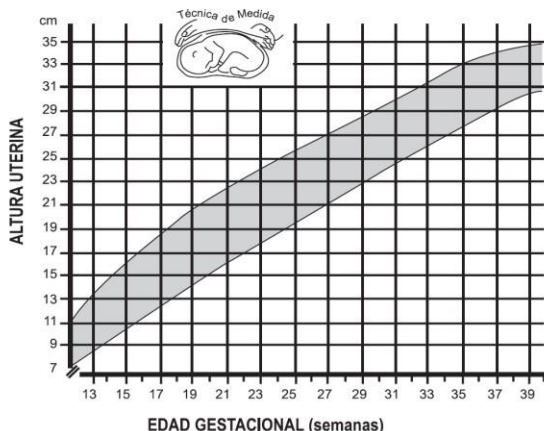
RECIEEN NACIDO
SEXO: f ____ m ____
PESO AL NACER: ____ g ____
LONGITUD: ____ cm ____
EDAD GESTACIONAL: ____ días ____
PESO E.G.: ____
CUIDADOS AL RECIEEN NACIDO: vitamina K ____ Profilaxis ocular ____ Apego precoz ____
APGAR: 1º ____ 5º ____
estimulac. ____ aspiración ____ máscara ____ oxígeno ____ masaje ____ tubo ____
FALLECE en LUGAR de PARTO: no ____ si ____
REFERIDO: sí ____ no ____
Meconio: 1º día ____
ATENDIDO: médico ____ obst. ____ enf. ____ auxil. ____ est. ____ emp. ____ otro ____
Nombre: ____
PARTO: ____
NEONATO: ____
PUERPERIO INMEDIATO: día ____ hora ____ TPC ____ PA ____ pulso ____ invol. uter. ____ loquios ____
DEFECTOS CONGENITOS: no ____ si ____
ENFERMEDADES: ____
VIH en RN: ____
TAMIZAJE NEONATAL: VDRL ____ Tto. ____ TSH ____ Hepatita ____ Bilirub ____ Toxo ____
ALIMENTO ALTA: lact. excl. ____ parcial ____ artificial ____
Boca amba ____ BCG ____
PESO AL EGRESO: ____ g ____
EGRESO MATERNO: traslado ____ lugar ____
viva ____ fallece ____
durante o en lugar de traslado ____
fallece ____
METODO ELEGIDO: DIU post-evento ____ DIU ____ DIU ____ barrera ____ hormonal ____ ninguno ____

EGRESO RN
vivo ____ fallece ____
traslado ____
fallece durante o en lugar de traslado ____
EDAD AL EGRESO: ____ días ____
Nombre Recién Nacido: ____
Responsable: ____

CLAP/SMR/OPS/OMS

Norma del Expediente Clínico y Manual del Expediente Clínico

P112A



CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CODIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

- 50 GESTACION MULTIPLE
- 51 HIPERTENSION PREVIA
- 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP
- 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP
- 52 PREECLAMPSIA
- 04 Hipertensión transitoria del embarazo
- 05 Preeclampsia leve
- 06 Preeclampsia severa y moderada
- 53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada
- 54 ECLAMPSIA
- 55 CARDIOPATIA
- 56 DIABETES
- 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa
- 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa
- 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo
- 07 Test de tolerancia a la glucosa normal
- 60 INFECCION URINARIA
- 08 Bacteriuria asintomática del embarazo
- 61 OTRAS INFECCIONES
- 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo
- 09 Sífilis complicando EPP
- 10 Gonorrea complicando EPP
- 11 Malaria
- 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)
- 63 Hepatitis viral
- 64 TBC complicando EPP
- 78 Rubéola complicando EPP
- 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP
- 66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO
- 67 ANENAZA DEL PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)
- 13 Incompetencia cervical
- 68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA
- 14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto
- 15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna
- 16 Otros partos obstruidos por causa fetal
- 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE
- 17 Mola hidatiforme
- 18 Aborto espontáneo y aborto retenido
- 19 Embarazo ectópico
- 20 Aborto inducido y terapéutico
- 21 Amenaza de aborto
- 70 HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIMESTRE
- 22 Placenta previa con hemorragia
- 23 Desprendimiento prematuro de placenta

- 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación
- 25 Ruptura uterina antes o durante el parto
- 26 Laceración obstétrica del cuello del útero
- 71 ANEMIA
- 27 Anemia por deficiencia de hierro
- 72 RUPTURA PREMATURA A DE MENBRANAS
- 28 Infección del saco amniótico y membranas
- 73 INFECCION PUERPERAL
- 29 Sepsis puerperal
- 30 Infección mamaria asociada al nacimiento
- 74 HEMORRAGIA POST PARTO
- 31 Placenta retenida
- 32 Útero atónico
- 33 Laceraciones perinatales de 1ero y 2do grado
- 34 Laceraciones perinatales de 3ero y 4to grado
- 75 OTRAS PATOLOGIAS ATERNAS
- 35 Placenta previa sin hemorragia
- 36 Hiperemesis gravídica
- 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión
- 38 Dependencia de drogas
- 39 Sufrimiento fetal
- 40 Polihidramnios
- 41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)
- 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical
- 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio
- 44 Embolismo obstétrico
- 45 Falla de cierre de la herida de cesárea
- 46 Falla de cierre de la episiotomía
- 47 SIDA
- 76 HIV positivo
- 48 Neoplasia maligna del cuello uterino
- 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria

PATOLOGIA NEONATAL

- 50 ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINAS
- 51 SINDROMES ASPIRATIVOS
- 52 APNEAS POR PREMATUREZ
- 01 OTROS SDR
- 02 Ductos arteriales persistentes
- 02 Persistencia de la circulación fetal
- 03 Neumonía congénita
- 04 Neumotórax y enfisema intersticial
- 05 Taquipnea transitoria
- 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo prenatal

HEMORRAGIAS

- 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido
- 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo prenatal
- 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)
- HIPERBILIRUBINEMIAS
- 08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh
- 09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO
- 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino
- 58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)
- 11 Policitemia neonatal
- 12 Anemia congénita
- 13 Otras afectaciones hematológicas
- INFECCIONES
- 14 Diarrea
- 15 Meningitis
- 16 Onfalitis
- 17 Conjuntivitis
- 59 Infecciones de la piel del recién nacido
- 18 Septicemia
- 20 Enterocolitis necrotizante (ECN)
- 49 Tétanos neonatal
- 60 Sífilis congénita
- 61 Infecciones congénitas virales
- 65 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)
- 69 Citomegalovirus (CMV)
- 70 Toxoplasmosis congénita
- 39 HIV positivo
- 19 Otras infecciones del periodo perinatal
- NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)
- 33 Hidrocefalia adquirida
- 34 Leucomalacia periventricular y cerebral
- 35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico
- 36 Hemorragia intracranéa no traumática
- 37 Convulsiones
- 71 Encefalopatía Hipóxico Isquémica
- 38 Otras afecciones del estado cerebral
- METABOLICA/NUTRICIONAL
- 43 Síndrome de "hijo de diabética"
- 45 Hipoglucemia
- 46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales
- 66 OTRAS PATOLOGIAS RN
- 40 Retinopatía de la prematurez
- 47 Hernia inguinal
- 65 Síndrome de daño por frío

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

- 01 Cesárea previa
- 02 Sufrimiento fetal agudo
- 03 Desproporción céfalo-pélvica
- 04 Alteración de la contractilidad
- 05 Parto prolongado
- 06 Fracaso de la inducción
- 07 Descenso detenido de la presentación
- 08 Embarazo múltiple
- 09 R.C.I.U.
- 10 Parto de pretérmino
- 11 Parto de postérmino
- 12 Presentación podálica
- 13 Posición posterior
- 14 Posición transversa
- 15 Ruptura prematura de membranas
- 16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
- 17 Placenta Previa
- 18 Abrupto placentae
- 19 Ruptura uterina
- 20 Preeclampsia y eclampsia
- 21 Herpes anogenital
- 22 Condilomatosis genital
- 23 Otras enfermedades maternas
- 24 Muerte fetal
- 25 Madre exhausta
- 26 Otras

76 VIH

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- 01 Lidocaina o similar
- 02 Aminas simpatomiméticas
- 03 Gases anestésicos (pentrane - fluorane - ox. nitroso)
- 04 Barbitúricos
- 05 Relajantes musculares
- 06 Diazepóxidos
- 07 Meperidina
- 08 Espasmolíticos
- 09 Oxitocina
- 10 Prostaglandinas
- 11 Beta lácticos (Penicilinas-cefalosporinas)
- 12 Amnoglicósidos (gentamicina-amykacina)
- 13 Eritromicina
- 14 Metronidazol
- 15 Betamiméticos
- 16 Inhibidores de prostaglandinas
- 17 Antagonistas del calcio
- 18 Sulfato de magnesio
- 19 Hidralazina
- 20 Beta bloqueantes
- 21 Otros antihipertensivos
- 22 Sangre y derivados
- 23 Heparina
- 24 Corticoides
- 25 Cardiotónicos
- 26 Diuréticos
- 27 Aminofilina
- 28 Insulina
- 29 Difenhidantoína
- 30 Otros

ANOMALIAS CONGENITAS

- 120 Anencefalia
- 121 Espina bifida/Meningocele
- 122 Hidranencefalia
- 123 Hidrocefalia
- 124 Microcefalia
- 125 Holoprosencefalia
- 127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central
- 128 Tronco arterioso
- 129 Trasposición grandes vasos
- 130 Tetralogía de Fallot
- 131 Ventrículo único
- 132 Doble tracto de salida de vent. derecho
- 133 Canal atrio-vent. completo
- 134 Atresia pulmonar
- 135 Atresia tricuspide
- 136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo
- 137 Coartación de aorta
- 138 Retorno venoso pulmonar anómalo total
- 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias
- 140 Paladar hendido
- 141 Fístula traqueo-esofágica
- 142 Atresia esofágica
- 143 Atresia de colon o recto
- 144 Ano imperforado
- 145 Onfalocelo
- 146 Gastrosquisis
- 147 Atresia duodenal
- 148 Atresia yeyunal
- 150 Atresia ileal
- 150 Otras anomalías gastrointestinales
- 151 Genitales malformados
- 152 Agencia Renal bilateral
- 153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos
- 154 Hidronefrosis congénita
- 155 Extrofia de la vejiga
- 156 Otras anomalías nefrouriñarias
- 157 Trisomía 13
- 158 Trisomía 18
- 159 Síndrome de Down
- 160 Otras anomalías cromosómicas
- 126 Labio hendido
- 161 Polidactilia
- 162 Sindactilia
- 163 Displasia esquelética
- 164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)
- 165 Hernia Diafragmática
- 166 Hidrops fetalis
- 167 Oligoamnios severo
- 168 Otras anomalías musculoesqueléticas
- 169 Anomalías Tegumentarias

PARTOGRAMA

Norma y Manual del Expediente Clínico

P112B

P112C

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Antecedentes del parto:

Lugar de la atención del parto: _____

Fecha y hora del nacimiento: _____ Duración del parto: _____

Edad gestacional: _____ Atención del parto: Médico ☐ Enfermero(a) ☐ Partera(o) ☐ Otros ☐ _____

Vía: Vaginal ☐ Cesárea ☐ Presentación: _____

Eventualidades durante el parto: _____

Antecedentes postnatales:

APGAR: 1º: _____ 5º: _____ Peso: _____ gr. Talla: _____ cm.

Datos de Asfixia: Sí ☐ No ☐ Especifique: _____ Alojamiento conjunto: _____

Sí ☐ No ☐ Tiempo junto a su madre: Permanente ☐ Transitorio ☐ Horas: _____

Hospitalización (Lugar/Tiempo): _____

Alimentación:

Lactancia Materna Exclusiva: Sí ☐ No ☐ Lactancia Mixta: Sí ☐ No ☐

Duración de lactancia exclusiva: _____ Duración de lactancia mixta: _____

Ablactación: _____

Vacunas

Vacunas	1 dosis	2ª dosis	3ª dosis	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
B.C.G.										
Pentavalente										
Polio										
Rotavirus										
MMR										
DPT										
dT										

Desarrollo Psicomotor

Edad			Edad		
Fijó la mirada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Gateó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
Sostuvo la cabeza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Sí Caminó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
Se sonrió	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Se proyectó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____			

Se sentó

Sí

Historia socio – económica

Casa	Servicios higiénicos	No. de personas
Paredes	No. Habitaciones	Animales domésticos
Piso	Agua	Teléfono
Techo	Luz	Otros

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

I. Antecedentes Personales Patológicos

Página No. 2

Infecciones: _____
Enfermedades crónicas: _____
Cirugías: _____
Hospitalizaciones: _____
Otros: _____

I. EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: FC: _____ FR: _____ PA: _____ T°: _____ Silverman Andersen: _____ **Datos antropométricos:**

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ Perímetro Torácico: _____
Perímetro Abdominal: _____ Área superficie corporal: _____ IMC: _____

Aspecto General: _____

Piel y mucosas: _____

Cabeza y Cuello

Cráneo y cuero cabelludo: _____

Ojos: _____

Orejas y oídos: _____

Nariz: _____

Boca: _____

Cuello: _____

Tórax

Caja torácica: _____

Mamas: _____

Campos pulmonares: _____

Cardíaco: _____

Abdomen y Pelvis (Aquí también se describe cicatriz y/o cordón umbilical): _____

Ano y recto

(cuando aplique el caso): _____

Página No. 3

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Musculoesquelético

Extremidades superiores: _____

Extremidades inferiores: _____

Genitourinario (cuando aplique el caso): _____

Examen

neurológico (describir en el orden siguiente estado de conciencia, funciones vitales, actividad, reflejos, signos meníngeos, fuerza y tono muscular, coordinación, sensibilidad y reflejos):

ddddd

II.

Observaciones y Análisis

III. Diagnósticos o Problemas:

_____ Nombre, Firma,
Código y Sello de quien elaboró la historia



HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS ADOLESCENTES

HISTORIA CLINICA DEL/LA ADOLESCENTE										ESTABLECIMIENTO		H.C. N°						
APELLIDOS Y NOMBRES _____																		
DOMICILIO _____																		
LOCALIDAD _____																		
MUNICIPIO _____ TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/> mensaje <input type="checkbox"/>																		
FECHA DE NACIMIENTO <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> día mes año </div>																		
SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>																		
CONSULTA PRINCIPAL Nº _____																		
Consulta espontánea Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Referido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Traído Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			FECHA <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> día mes año </div>		EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> años meses </div>		ESTADO CIVIL casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> unido <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		ETNIA blanca <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		ACOMPANANTE solo <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> ambos padres <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/>	
Motivos de consulta según adolescente: 1 _____ 2 _____ 3 _____																		
Motivos de consulta según acompañante: 1 _____ 2 _____ 3 _____																		
Descripción de motivo de consulta																		
ANTECEDENTES PERSONALES																		
PERINATALES normales si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CRECIMIENTO normal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		DESARROLLO normal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ALERGIA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		VACUNAS COMPLETAS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ENFERMEDADES CRÓNICAS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		DISCAPACIDAD no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ENFERMEDADES INFECCIOSAS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				
ACCIDENTES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		INTOXICACIONES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		CIRUGÍA HOSPITALIZAC. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		USO DE MEDICAMENTOS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS PSICOLÓGICOS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		VIOLENCIA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		EDUCACIÓN PREESCOLAR no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		JUDICIALES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				
Observaciones																		
ANTECEDENTES FAMILIARES																		
DIABETES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		OBESIDAD no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.) no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ALERGIA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		INFECCIONES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		CÁNCER no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS PSICOLÓGICOS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ALCOHOL DROGAS Y OTROS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Observaciones																		
FAMILIA																		
VIVE solo <input type="checkbox"/> en la casa <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> en instit. protectora, privado de libertad <input type="checkbox"/>				NIVEL DE INSTRUCCIÓN Padre o sustituto: ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> Madre o sustituto: ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> Pareja: ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/>				VIVIENDA ENERGÍA ELÉCTRICA: en el hogar <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> AGUA: <input type="checkbox"/> EXCRETAS: <input type="checkbox"/> HACINAMIENTO: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				DIAGRAMA FAMILIAR 						
CONVIVE CON madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> podriastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				TRABAJO Padre o sustituto: ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> Madre o sustituto: ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> Pareja: ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>				Ocupación Pareja: _____ Padres: _____										
PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>																		

HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS ADOLESCENTES

EDUCACION		NIVEL		GRADO CURSO		AÑOS APROBADOS		PROBLEMAS EN LA ESCUELA		AÑOS REPETIDOS		VIOLENCIA ESCOLAR		DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN		EDUCACIÓN NO FORMAL			
ESTUDIA: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		No escolariz.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Causa: _____		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Bullying <input type="checkbox"/>		Causa: _____		Cuál?: _____			
Observaciones: _____																			
TRABAJO		ACTIVIDAD		EDAD INICIO TRABAJO		TRABAJO		TRAB. JUVENIL		HORARIO DE TRABAJO		RAZÓN DE TRABAJO		TRABAJO LEGALIZADO		TRABAJO INSALUBRE		TIPO DE TRABAJO	
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> pesaría <input type="checkbox"/> busca 1° vez <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> no trabaja y no estudia		<input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> decento <input type="checkbox"/> precario <input type="checkbox"/> persona formal de trabajo		<input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		_____	
Observaciones: _____																			
VIDA SOCIAL		ACEPTACIÓN		PAREJA		violencia en la pareja		Amigos/as		ACTIVIDAD FÍSICA		JUEGOS Y REDES VIRTUALES		OTRAS ACTIVIDADES (incluso grupales)		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles?			
<input type="checkbox"/> aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> no sabe		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad de la pareja años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> horas por semana <input type="checkbox"/> horas por día		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		_____		_____			
Observaciones: _____																			
HABITOS/ CONSUMOS		ALIMENTACIÓN ADECUADA		COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA		TABACO		ALCOHOL		Frecuente		OTRAS SUSTANCIAS		CONDUCE VEHICULO		SEGURIDAD VIAL			
<input type="checkbox"/> SUEÑO NORMAL <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Edad de inicio años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Episodios de abuso <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuál? _____		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuál? _____			
Observaciones: _____																			
GINECO-UROLOGICO		FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN		CICLOS REGULARES		FLUJO PATOLÓGICO/ SECRECIÓN PENEANA		ITS/VIH		Tratamiento		EMBARAZOS		HUJOS		ABORTOS			
<input type="checkbox"/> MENARCA/ESPERMARCA <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> no conoce <input type="checkbox"/> no corresp. <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Episodios de abuso <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses			
Observaciones: _____																			
SEXUALIDAD		PAREJA SEXUAL		EDAD INICIO REL. SEX.		DIFICULTADES EN REL. SEX.		ANTICONCEPCIÓN		uso habitual de condón		Inicio MAC		Consejería		ACG de Emergencia		Prueba de VIH	
<input type="checkbox"/> RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas		<input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> bajo coacción <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses	
Observaciones: _____																			
SITUACIÓN PSICO-EMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL		ESTADO DE ANIMO		REFERENTE ADULTO		PROYECTO DE VIDA		REDES SOCIALES DE APOYO		REFERENTE ADULTO		Cal:		Tel:			
<input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás		<input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> ideas suicidas <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> hostil/agresivo		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> no muy alegre		<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> fuera del hogar		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses			
Observaciones: _____																			
EXAMEN FÍSICO		PESO (Kg)		O2 peso/edad		IMC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES	
<input type="checkbox"/> ASPECTO GENERAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	
<input type="checkbox"/> TORAX Y MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> TANINER <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales		<input type="checkbox"/> COLUMNA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	
Observaciones: _____																			
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsable: _____ Nombres y Apellidos: _____ Firma: _____ Fecha próxima visita: _____																			

HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS ADOLESCENTES

Hoja de Evolución Clínica															ESTABLE CIMIENTO		H.C. Nº		
EVOLUCION Nº			EDAD años meses		ACOMPANIANTE				ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN						
FECHA día mes año					solo madre padre ambos				ninguno primaria		soltero unión estable separado		No conoce no corresponde						
					pareja amiga/o pariente otros				secund. univers.				día mes año						
Motivos de consulta según adolescente:															Motivos de consulta según acompañante:				
1															1				
2															2				
3															3				
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																			
DIAGNOSTICO INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsable Nombres y Apellidos Firma Fecha próxima visita																			
EXAMEN FISICO		PESO (Kg)		DZ peso/edad		IMC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL		TALLA (cm)		DZ talla/edad		Bajo Peso < 15.5 Normal 15.5 - 24.99 Sobrepeso > 25.0 Obeso > 30.0		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal	
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		PRESION ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA		ABDOMEN		GENITO-URINARIO		TANNER		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO	
normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal	

Hoja de Evolución Clínica															ESTABLE CIMIENTO		H.C. Nº		
EVOLUCION Nº			EDAD años meses		ACOMPANIANTE				ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN						
FECHA día mes año					solo madre padre ambos				ninguno primaria		soltero unión estable separado		No conoce no corresponde						
					pareja amiga/o pariente otros				secund. univers.				día mes año						
Motivos de consulta según adolescente:															Motivos de consulta según acompañante:				
1															1				
2															2				
3															3				
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																			
DIAGNOSTICO INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsable Nombres y Apellidos Firma Fecha próxima visita																			
EXAMEN FISICO		PESO (Kg)		DZ peso/edad		IMC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL		TALLA (cm)		DZ talla/edad		Bajo Peso < 15.5 Normal 15.5 - 24.99 Sobrepeso > 25.0 Obeso > 30.0		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal	
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		PRESION ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA		ABDOMEN		GENITO-URINARIO		TANNER		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO	
normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal	

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

IV. Datos Personales

Edad: _____ Fecha y lugar de Nacimiento: _____ Sexo: ☒ F ☐ M

Procedencia: _____ Religión: _____

Escolaridad: _____ Profesión u oficio: _____

Dirección habitual: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Fuente de información: _____ Confiabilidad: _____

V. Motivo de Consulta: _____

VI. Historia de la Enfermedad Actual: _____

VII. Interrogatorio por aparatos y sistemas:

§ Realizarse a personas mayores de 18 años.

P112E

Página No.2

VIII. Antecedentes Familiares Patológicos:

Enfermedades Infecto – contagiosas:

- ☐ Hepatitis ☐ Sífilis ☐ TB ☐ Cólera ☐ Amebiasis ☐ Tosferina ☐ Sarampión ☐ Varicela ☐ Rubéola ☐ Parotiditis
☐ Meningitis ☐ Impétigo ☐ Fiebre tifoidea ☐ Escarlatina ☐ Malaria ☐ Escabiosis ☐ Pediculosis ☐ Tiña
☐ Otros: _____

Enfermedades hereditarias:

- ☐ Alergias ☐ Diabetes mellitus ☐ Hipertensión arterial ☐ Enfermedad reumática ☐ Enfermedades renales
☐ Enfermedades oculares ☐ Enfermedades cardíacas ☒ Enfermedad hepática ☐ Enfermedades musculares
☐ Malformaciones congénitas ☐ Desórdenes mentales ☒ Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
☐ Anomalías del crecimiento y desarrollo ☐ Errores innatos del metabolismo ☐ Otros: _____

IX. Antecedentes Personales no Patológicos:

Inmunizaciones completas (confirmar con tarjeta de vacuna si es posible): Sí ☐ No ☐ _____

Hábitos: Horas de sueño: _____ Horas laborales: _____

Tipo y hora de actividad física: _____

Alimentación: _____ Tabaco: Sí

No ☐ Tipo: ☐ _____ Cantidad y frecuencia: _____

Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____

Alcohol: Sí ☐ No ☐ Tipo _____ Cantidad y frecuencia: _____

Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____

Drogas ilegales: Sí ☐ No ☐ Tipo _____ Cantidad y frecuencia: _____

Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____

Fármacos: Sí ☐ No ☐ Número de medicamentos que está recibiendo actualmente (prescritos o no): _____

Nombre y posología de los fármacos: _____

Otros hábitos: _____

X. Antecedentes Personales Patológicos:

Enfermedades infecto-contagiosas previas (registrar fecha): _____

Enfermedades crónicas: _____

P112E

Página No. 3

Cirugías previas realizadas: _____

Hospitalizaciones (registrar fecha y causa de la hospitalización): _____

XI. Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Inicio de vida sexual activa: _____ Número Compañeros sexuales: _____

Gesta: _____ Para: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____ Legrado: _____

Planificación familiar: Si ☐ No ☐ Método: _____

FUR: _____ Semana de amenorrea: _____ Menopausia: Si ☐ No ☐ Fecha: _____

Sustitución hormonal: Si ☐ No ☐ Especifique: _____

PAP: Si ☐ No ☐ Resultado y fecha del último PAP: _____

XII. Historia laboral

1- Trabajo Actual: Si ☐ No ☐ Si la respuesta es negativa, continúe con el numeral 2.

Lugar de trabajo: _____

Área en donde labora: _____

Oficio, categoría o actividad que desempeña: _____

Años de oficio en el trabajo actual: _____

Día laboral (horas): _____ Horas semanales trabajadas: _____ Horas extras: _____

Tipo de horario realizado: _____

Descripción detallada del trabajo que desarrolla actualmente: _____

Exposición a sustancias, materiales u otros productos: Si ☐ No ☐ Describa: _____

Frecuencia e intensidad de su tarea: _____

Posición adoptada en su trabajo: _____

Trabajos fuera de su empleo habitual: _____

2- Antecedentes laborales: Si ☐ No ☐

Fecha		Años trabajados	Puesto de trabajo (describir producto, materiales, situación, otros)
Inicio	Conclusión		

P112E

HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO

XIII. EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: FC: _____ FR: _____ TA: _____ T°: _____ **Datos antropométricos:**

Peso: _____ Talla: _____ Área superficie corporal: _____ IMC: _____

Aspecto General: _____

Piel y mucosas: _____

Cabeza y

Cuello

Cráneo: _____

Ojos: _____

Orejas y oídos: _____

Nariz: _____

Boca: _____

Cuello: _____

Tórax

Caja torácica: _____

Mamas:

Campos pulmonares: _____

Cardíaco: _____

Abdomen y Pelvis (Aquí también se describe el abdomen grávido): _____

Tacto rectal (cuando aplique el caso): _____

P112E

HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO

Musculoesquelético

Extremidades superiores: _____

Extremidades inferiores: _____

Genitourinario (cuando aplique el caso): _____

Examen ginecológico: _____

Examen neurológico (describir en el orden siguiente estado de conciencia, funciones vitales, actividad, orientación en tiempo, espacio y persona, memoria y aprendizaje, signos meníngeos, fuerza y tono muscular, coordinación, sensibilidad y reflejos):

XIV.

Observaciones y Análisis

XV. Diagnósticos o Problemas:

Nombre, Firma, Código y Sello de quien elaboró la historia

Página No. 5

P112F

LISTA DE PROBLEMAS

[illegible]

* Reverso de la portada de la Carpeta

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA **REGISTRO GRÁFICO DE SIGNOS VITALES**

Establecimiento de Salud: _____


 No. de Expediente _____

Servicio: _____

 No. Cédula _____

Nombre del Usuario: _____

Edad: _____
 Sexo: F ☐ M ☐
 Cubículo: _____
 Cama: _____

FECHA 		A.M.		P.M.		A.M.		P.M.		A.M.		P.M.		A.M.		P.M.	
Pulso	Temp. ° C																
180	42																
165	41																
150	40																
135	39																
120	38																
105	37																
90	36																
74	35																
60	34																
45	33																
30	32																
Presión Arterial	240																
	210																
	180																
	150																
	120																
	90																
	60																
	30																
Evacuaciones																	
Orina																	
Líquidos																	
Peso																	
Respiración																	

No. Página

NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Servicio y Sala	No. Cama	No. INSS

[illegible]

NOTAS DE ENFERMERÍA

[illegible]

[illegible]

NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Servicio y Sala	No. Cama	No. INSS

[illegible]

[illegible]

TODA NOTA DEBE INCLUIR: Nombre(s), apellido(s) y especialidad de los profesionales que participó(aron) de la atención en salud del usuario; firma y código del profesional que elaboró la nota

No. Página

--

[illegible]

[illegible]

HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

Fecha: ____ / ____ / ____ Nº de
 día mes año

H. Clínica _____ Procedencia: _____

Nombre: _____ Sexo: ____ Edad: ____ / ____ P. cefálico: ____, __ cm. Temp.: ____ C.
 Primer apellido Segundo apellido Nombres meses/ días

¿Porque trae al niño/niña? _____ NIÑO (A)

MENOR DE 2 MESES DE EDAD Primera consulta Subsecuente

SI NO

1. INFECCION BACTERIANA: SI

NO

Respiraciones por minuto_____SI NO

SI NO

Apnea

SINO

S I NO

Se ve mal

Aleteo nasal

Quejido

Respiración rápida

Ombligo y piel a su alrededor rojos

Ombligo supurando

Dificultad para alimentarse
Convulsiones

Pústulas escasas en piel
Pústulas extensas en piel

Supuración de ojos mas edema
Supuración de ojos

Supuración de oído
Fiebre

Letargia, inconsciencia, flácidez

Tiraje subcostal (acentuado)

Fontanela abombada

Hipotermia

Vomita todo

Ictericia abajo del ombligo

Manifestación de sangrado

Palidez intensa

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

1. ¿DIARREA: SI NO 7 días o más de duración: SI NO Sangre en las heces: SI NO Anormalmente somnoliento: SI NO

2. ¿Piel vuelve a su estado anterior lentamente SI NO Piel vuelve a su estado anterior muy lentamente SI NO Ojos hundidos SI NO Inquieto o irritable SI NO

3. ¿Cianosis central SI NO Placas blancas en la boca SI NO Distensión Abdominal SI NO

4. ¿Llenado capilar >2" SI NO

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1.2 INMUNIZACIONES DE LA MADRE : Antitetánica: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NO		AntiRubeola: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		1.3 CONTROL PUERPERAL DE LA MADRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
NIÑO (A) DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Primera consulta		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Subsecuente					<input type="checkbox"/>
SIGNOS GENERALES	TOS O DIFICULTAD	DIARREA: SI	NO	FIEBRE: SI	NO

DE PELIGRO: SI NO		PARA RESPIRAR: SI NO		Riesgo de malaria: Alto Bajo	
SI NO Dejó de comer o beber		Respiraciones por minuto SI NO Respiración rápida Estridor en reposo Sibilancias 21 días o más de duración		SI 14 días o más de duración Sangre en las heces Inquieto irritable Ojos hundidos Bebe ávidamente con sed Piel vuelve lentamente	
SI NO Tiraje subcostal Convulsiones Anormalmente Somnoliento		SI Gota gruesa positiva Rigidez de nuca Coriza / ojos enrojecidos Erupción cutánea generalizada Manifestaciones de sangrado		SI NO Fiebre por 7 días o más de duración y todos los días Resultado inmediato Gota Gruesa Vomita 	

PROBLEMAS DE OIDO: SI NO		PROBLEMAS DE GARGANTA: SI NO		DESNUTRIC. GRAVE O ANEMIA: SI NO	
SI NO Dolor de oído <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supuración del oído <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supuración 14 días o más? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SI NO Dolor de garganta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganglios crecidos o dolorosos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exudados blancos en la garganta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de la garganta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SI NO Emaciación grave visible <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Edema en ambos pies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palidez palmar leve <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palidez palmar-intensa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Tumefacción detrás de oreja

DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL

Determinar el estado nutricional: Sobrepeso Normal Rango de bajo peso Desnutrido **Peso:** _____ **gr.** **Percentil:** _____

Determinar la tendencia del crecimiento: Satisfactoria Insatisfactoria **Talla:**____, ____ cm **Clasificación de la talla:**

Menor de 2 años o problemas de alimentación, anemia, desnutrición o riesgo nutricional: SI ☐ NO ☐

SI NO ☐ ☐

¿Tiene dificultad para alimentarse? SI ☐ NO ☐ SI es amamantado ¿se amamanta durante la noche? SI ☐ NO ☐ ¿Rechaza otros alimentos o líquidos? SI ☐ NO ☐

¿Se alimenta al pecho materno? SI ☐ NO ☐ ¿Se alimenta al pecho materno más de 8 veces al día? SI ☐ NO ☐ ¿Usa pacha? SI ☐ NO ☐

SI ☐ NO ☐ ¿Rechaza otros alimentos ¿con qué frecuencia? _____ al día. Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación? SI ☐ NO ☐

SI ES MENOR DE 6 MESES O ALGUNA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES INSATISFACTORIA, OBSERVAR: **Presencia de placas blancas en la boca:** SI NO ☐ ☐

EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO: Problemas de posición SI ☐ NO ☐ Problemas de agarre SI ☐ NO ☐ Problemas de succión SI ☐ NO ☐

MICRONUTRIENTES	SOSPECHA DE MALTRATO	NO	In niño/a	INMUNIZACIONES
SI NO	SI NO	SI NO		Esquema vacunación completo para su edad SI NO
Hierro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesiones Físicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		cuida	<input type="checkbox"/>
Vitamina A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			le	Nombre y dosis vacuna(s) a aplicarse:
Comportamiento alterado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			e	
	Lesión en genitales o ano Comportamiento alterado d		lor/a	
	El niño/a expresa espontáneamente el maltrato			

EVALUAR EL DESARROLLO (ha logrado las habilidades de acuerdo a su edad)				Alteraciones Fenotípicas		3 o más	
SI NO				SI NO		SI NO	
< 1 MES				4-5 MESES		6-8 MESES	
2-3				NO		Intenta	
SI NO 1 MES				Respuesta		Agarra	
SINO				examen		objetos	
Succiona Vigorosamente				Sigue con la mirada objetos		Emite	
Vocaliza				Reacciona al		cabeza	
Manos cerradas				Sonrisa social		36	
Alterna movimientos				59 meses		SI NO	
Lleva objeto a la boca				Se		alimenta	
Flexiona brazos y piernas				Dice		Se viste solo	
Abre las manos				Torre		Ordenes	
Sostiene la cabeza				Patea la pelota			
Gira hacia el objeto							
9-11 MESES							
SI NO							
Juega a descubrirse							
Imita gestos							
Hace gestos a pedidos							
Solo							
Se pasa objetos							
Fuerzas superior							
Coloca cubos en recipiente							
Oraciones largas							
Se sienta solo							
Palabras confusas							
Dice una palabra							
Duplica sílabas							
Complejas							
Camina con apoyo							
Camina sin apoyo							

EVALUAR OTROS PROBLEMAS:	
--------------------------	--

CLASIFICACION:

TRATAMIENTO:

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACION: _____

PROXIMA CONSULTA: _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

REFERIDO SI ☐ NO ☐

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRÁNSITO DE USUARIO		
Nombre del Establecimiento de Salud		No. Expediente
Nombres y Apellidos del Usuario		Sexo: F _____ M _____
No. Cédula	No. INSS	No. Cama
No. de Admisión	Fecha de Ingreso	Fecha de interconsulta
Servicio o especialidad que solicita la interconsulta:		
Servicio o especialidad al que se le solicita la interconsulta:		
Motivo(s) por el que solicita la interconsulta		
Nombre del profesional de la salud que solicita la interconsulta		
Firma y código del solicitante		Firma y código del que recibe



SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRÁNSITO DE USUARIO		
Nombre del Establecimiento de Salud		No. Expediente
Nombres y Apellidos del Usuario		Sexo: F _____ M _____
No. Cédula	No. INSS	No. Cama
No. de Admisión	Fecha de Ingreso	Fecha de interconsulta
Servicio o especialidad que solicita la interconsulta:		
Servicio o especialidad al que se le solicita la interconsulta:		
Motivo(s) por el que solicita la interconsulta		
Nombre del profesional de la salud que solicita la interconsulta		
Firma y código del solicitante		Firma y código del que recibe

CONTROL DE SIGNOS VITALES E INGERIDOS Y ELIMINADOS

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

Fecha	Hora	Saturación de O ₂	P.A.	FC	FR	Temperatura	Ingeridos		Eliminados	Evolución, Problemas
							Enteral	Parenteral		

[illegible]

Página

P124A

NOTA OPERATORIA

Nombre del establecimiento de salud	No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario	No. Cédula

Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

Fecha de Operación:	Comenzó:	Terminó:	Duración:
Cirujano:	1er. Ayudante:	Anestesista:	
2do. Ayudante:	Instrumentista:	Anestésico:	
Diagnóstico Pre-Operatorio:			
Diagnóstico Post-Operatorio:			
Operación Efectuada y Técnica Quirúrgica Utilizada:			
Hallazgos Trans-Operatorios:			
Técnica Empleada (describir detalladamente y en forma clara la técnica quirúrgica y los materiales e hilos utilizados):			
Firma y Código Médico			

Planes Post-Operatorios Inmediatos (describir los planes a cumplirse en Sala de Recuperación)

Planes Post-Operatorios (describir los planes a cumplirse en Sala de Hospitalizados):

Firma y Código Médico

P124B

RECuento de COMPRESAS

No. Expediente

Establecimiento de Salud: _____ Servicio: _____ Nombre del usuario: _____

1er Apellido _____ 2do Apellido _____ Nombres _____

Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Cubículo: _____ No. de Cama: _____

Nombre y apellidos del Cirujano: _____

Nombre y apellidos del Anestesiólogo: _____

Diagnóstico: _____ Operación: _____

	Compresas Grandes	Compresas Mediadas	Compresas Chicas	Drenos	Drenos Vaginales	Torundas	Gasas 4x4	Disectores	Tipo de suturas
Comenzaron									
Anotados									
Anotados									
Anotados									
Total									
Compresas Mesa Instrumentista									
Compresas Campo Operatorio									
Compresas Abdomen del usuario									
Compresas Baldes									
Total									

Nombre y apellidos del Instrumentista: _____

Nombre y apellidos del Circular: _____ Observación: _____

P211

HOJA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Ingreso a Emergencia: Día:		Mes:		Año:		Hora:		No. Expediente	
Establecimiento de Salud:						SILAIS:			
Nombres:					Apellidos:				
Edad:		Sexo: M		F		Ocupación:			
Dirección de domicilio:									
								Teléfono:	
Localidad*:						Departamento:			

ffffff

			Gineco-Obstétrica			Falleció			Consulta externa de:		
			Otra			Abandono			Fuga		Salida exigida

Nombre y código de quien atiende

HOJA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA

[illegible]

Responsable que retira al usuario:		Parentesco:
Dirección de domicilio:		
		Teléfono:
Localidad:	Ciudad:	Departamento:
Diagnóstico de egreso:		
Fecha del egreso:		Hora del egreso:

Nombre y código de quien atiende

Establecimiento de Salud				Expediente	
Nombre y Apellido del Usuario:				No. Cédula	

Sexo <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 Sotero(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 Acompañado(a) <input type="checkbox"/> 4 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 Ignorado	Escolaridad <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Superior <input type="checkbox"/> 4 Ninguna <input type="checkbox"/> 5 Ignorado	Fuente de Financiamiento <input type="checkbox"/> 1 Presupuesto <input type="checkbox"/> 2 INSS <input type="checkbox"/> 3 Particular <input type="checkbox"/> 4 Jubilado <input type="checkbox"/> 5 Otro, Especificar:	Número de INSS <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Edad <input type="text"/>	Horas <input type="text"/>	Días <input type="text"/>	Meses <input type="text"/>	Años <input type="text"/>	Cotizante <input type="checkbox"/> 1 Cónyugue <input type="checkbox"/> 2 Hijo <input type="checkbox"/> 3

Nombre de la Madre		Ocupación	
Nombre del Padre		Empleador	
		Dirección del empleador	

Dirección Completa		
Barrio		
Localidad	Municipio o Distrito	SILAIS

En caso de urgencia avisar a:	Parentesco:
Dirección y teléfono	

INGRESO
 Día Mes Año Hora Servicio
 Diagnóstico de Ingreso Se trata de un Reingreso? ☐ 1 Si ☐ 2 No
 Ingresó por: ☐ 1 Consulta Externa ☐ 2 Emergencia ☐ 3 Referido desde otro establecimiento (Especif.)
 Nombre y Código del Médico que Ordena el ingreso: Nombre del/la Admisionista

EGRESO
 Día Mes Año Hora Servicio
 Diagnóstico de Egreso Días de Estancia
 Principal Complementarios
 Cirugías Realizadas
 ¿Accidente de trabajo? ☐ 1 Si ☐ 2 No ¿De trayecto? ☐ 1 Si ☐ 2 No ¿Enfermedad laboral? ☐ 1 Si ☐ 2 No
 Si ocurrió trauma, especificar causa: ☐ 1 Intencional ☐ 2 Autoinflingido ☐ 3 Accidental ☐ 4 Se ignora
 ¿Ocurrió Infección Intrahospitalaria? ☐ 2 De la herida ☐ 2 Neumonía ☐ 3 Vías urinarias ☐ 4 Otra ☐ 5 Ninguna
 Tipo de Egreso ☐ 1 Alta ☐ 2 Defunción ☐ 3 Abandono ☐ 4 Fuga ☐ 5 Referido a otro establecimiento (especificar):

Nombre, Firma y Sello del Médico Tratante	
---	--

No. Expediente

Establecimiento de Salud: _____ Nombre del
usuario: _____

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombres

No. de Cédula: _____ Etnia: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento:

Día

Mes

Año

Edad:

Años

Sexo: M ☐ F ☐

No. INSS: _____ Categoría: ☐ Cotizante ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Jubilado

Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Dirección de
residencia habitual: _____

Localidad: _____

Municipio: _____

Departamento: _____

Responsable o en caso de Emergencia avisar: _____
Nombres y dos Apellidos

Parentesco: _____ Teléfonos: _____ Dirección: _____

Empleador: _____ No. Asegurado: _____

Dirección del empleador: _____

Actualización de Direcciones:

Nombre y firma del Personal de Admisión

kkkkkkk

* Para atención ambulatoria

DE NACIMIENTO

<div>1^{er}. APELLIDO:</div>		<div>2^{do}. APELLIDO:</div>	<div>NOMBRES:</div>		<div>Unidad de Salud</div>
<div>FECHA DE NACIMIENTO:</div>		<div>DIRECCION DOMICILIAR EXACTA: (Barrio, Comarca, Com. unidad, etc.)</div>			
<div>DIA MES AÑO</div>		<div>No. de INSS</div>			<div>AÑO</div>
<div>SILAIS:</div>					<div>MES</div>
<div>MUNICIPIO:</div>					<div>DIA</div>
<div>UNIDAD DE SALUD:</div>					<div>1er. A.</div>
					<div>2do. A.</div>
					<div>1er. M.</div>
					<div>2do. M.</div>
					<div>Año de último morimato</div>

REPUBLICA DE NICARAGUA

MINISTERIO DE SALUD

EXPEDIENTE CLINICO

CARPETA PARA USUARIOS MASCULINOS EN ESTABLECIMIENTOS QUE UTILIZAN NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE POR FECHA DE NACIMIENTO

<div>1^{er}. APELLIDO:</div>		<div>2^{do}. APELLIDO:</div>	<div>NOMBRES:</div>		<div>Unidad de Salud</div>								
<div>FECHA DE NACIMIENTO:</div>		<div>DIRECCION DOMICILIAR EXACTA: (Barrio, Comarca, Comunidad,etc.)</div>											
<div>DIA MES AÑO</div>		<div>No. de INSS</div>											
<div>SILAIS:</div>		<div>REPUBLICA DE NICARAGUA</div> <div>MINISTERIO DE SALUD</div>											
<div>MUNICIPIO:</div>													
<div>UNIDAD DE SALUD:</div>													
<div></div>													
<div>EXPEDIENTE CLINICO</div>												<div>Año de último movimiento</div>	

**CARPETA DE ESTABLECIMIENTOS QUE UTILIZAN LA NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE CON
EL METODO CORRELATIVO**

P213C



Gobierno de Conciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo es el Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

Nº. DE EXPEDIENTE

2001	
2002	
2003	
2004	
2005	
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	

No. DE INSS

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

UNIDAD

1^{er} . APELLIDO:

2^{do} . APELLIDO:

NOMBRES:

EXPEDIENTE CLINICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Según lo dispuesto en la Ley No 423, Ley General de Salud, en el artículo 8, numerales 4, 8 y 9; el Decreto No. 001 – 2003 y el Reglamento de la Ley General de Salud, en el artículo 7, numerales 8, 11 y 12; y en el artículo 9, numeral 1: es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario. ** Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las posibles complicaciones que se pueden presentar, por lo que le solicitamos que firme de su puño y letra en el espacio en blanco que corresponde.

Nombres del (a) usuario/a o representante legal _____

Apellidos del (a) usuario/a o representante legal _____

Número de cédula _____

Número de teléfono domicilio _____ Celular _____

Dirección habitual _____ Nombre del familiar o representante legal que acompaña al usuario y se da por enterado del presente Consentimiento Informado:

Nombres _____

Apellidos _____

Número de cédula _____

Número de teléfono su domicilio _____ Celular _____

Dirección de su casa _____

Manifiestan: Que el profesional de la salud _____, con código del MINSA _____, y funcionario del (nombre del establecimiento de salud) _____ me ha explicado la siguiente **información sobre** (escribir el/los procedimiento/s diagnósticos o terapéutico y tratamientos que se vaya a realizar al usuario):

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

5- _____

6- _____

7- _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

1- Definición del procedimiento terapéutico, diagnóstico y/o tratamiento (de acuerdo a normas, protocolos, guías o manuales nacionales o literatura internacional)

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

2- Este(os) procedimiento(s) se me debe(n) practicar debido a las condiciones actuales de mi salud, y en este momento no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi bienestar y mejoría de mi estado. En mi caso particular, las indicaciones de este(os) procedimiento(s) son:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

3- Este(os) procedimiento(s) no está libre de complicaciones, por lo tanto se me ha explicado que puedo presentar una o más de las siguiente complicaciones que son frecuente (escribir todas):

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

4- Otras complicaciones menos frecuentes pero que también se presentan son (escribir todas):

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

5- Además presentó las siguientes condiciones (si no posee ninguno escribir NINGUNO): _____

_____ que
aumenta(n) aún más la probabilidad de padecer las complicaciones antes mencionadas.

6- Si en el transcurso de llevarse acabo el(los) procedimiento(s) ocurriese una complicación, autorizo al médico y su equipo a se realicen todas las medidas y procedimientos necesarios y adicionales para preservar mi vida y estado de salud; estos incluyen:

- 1- _____
- 2- _____

- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

Manifiestan que:

- Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo sobre el(los) procedimiento(s) diagnóstico(s) o terapéutico y tratamiento
- El doctor/a me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento y eximir de responsabilidad al médico tratante y personal de salud encargado de mi atención
- Se me han explicado otros métodos alternativos para la técnica diagnóstica-terapéutico propuesta y acepto el presente como el más adecuado para mi hijo (a) en las actuales circunstancias

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales condiciones, **ACEPTO** que se me realice(n) el(los) procedimiento(s) antes descritos.

Firma del usuario, familiar o representante legal: _____

Nombre y Firma testigo: _____/_____

Nombre y Firma testigo: _____/_____

Firma del médico: _____ Código: _____ Sello: _____

Lugar y fecha: _____, _____

XXXXXXX

--	--	--	--	--	--

* Reverso de la portada de la Carpeta

NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Servicio y Sala	No. Cama	No. INSS

[illegible]

TODA NOTA DEBE INCLUIR: Nombre(s), apellido(s) y especialidad de los profesionales que participó(aron) de la atención en salud del usuario; firma y código del profesional que elaboró la nota

No. Página

NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

[illegible]

20		20
19		19
18		18
17		17
16		16
15		15
14		14
13		13
12		12
11		11
10		10
9		9
8		8
7		7
6		6

5		5
4		4
3		3
2		2
1		1

REPORTES DE LABORATORIO CLINICO Y MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Unidad de salud:		Servicio:		Expediente:	
Tipo de Establecimiento: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado				Tipo de Referencia: <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> No urgente	
Nombre y apellidos:			Edad:		Sexo:
Dirección:				Comunidad:	
Municipio:		Departamento:		Ocupación:	
Asegurado Activo: 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO		¿Accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si ocurrió trauma especificar: 1. <input type="checkbox"/> Intencional 2. <input type="checkbox"/> Auto infligido 3. <input type="checkbox"/> Accidental 4. <input type="checkbox"/> Se ignora			
Tipo de Asegurado 1. <input type="checkbox"/> cotizante 2. <input type="checkbox"/> Beneficiario		En caso de comunicación llamar a: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____			
Empleador:				No. Seguro:	

Pulso:	Presión Arterial:	Temperatura:	Frec. Respiratoria:	Peso:	Talla:
--------	-------------------	--------------	---------------------	-------	--------

[illegible]

Fecha de envío:	Hora de envío:
Acompañado por:	

Se contactó a:		
----------------	--	--

Del servicio:

Fecha y Hora en que se recibe:

FORMATO PARA LA CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

[illegible]

EPICRISIS

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama
Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso	
Diagnósticos o problemas de Ingreso	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
Diagnósticos o problemas de Egreso	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
Resultados de Exámenes que Fundamentaron el Diagnóstico	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
	6)	
	7)	
	8)	
	9)	
	10)	

Tratamiento Recibido	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)

P232A

EPICRISIS

Padecimientos que se Descartaron	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Complicaciones	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Recomendaciones	1)
	2)

	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Otros datos relevantes de la atención	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)

Nombre, firma, código y sello del Médico

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Servicio y Sala	No. Cama	No. INSS
Fecha y hora de ingreso	Fecha y hora de abandono	Tiempo de estancia
CONSTANCIA DE ABANDONO		

Yo, _____ usuario () o responsable del usuario () atendido(a) en este establecimiento de salud, en el servicio de _____, con el/los siguiente/s diagnóstico/s: _____; con mi libre y espontánea voluntad decido **ABANDONAR ESTE CENTRO ASISTENCIAL** sin la autorización del médico tratante ni de la dirección de este establecimiento por las siguientes razones:

_____. Así mismo, estoy consciente de que debido a este Abandono, también estoy **negando el derecho a los procedimientos o intervenciones necesarias para el proceso de atención de mi persona (), hijo/a () o familiar ()**.

El personal de salud de nombre _____, me ha explicado las consecuencias y riesgos que podrían producirse por negar esta atención, incluso me ha explicado que debido a tal negativa podría producirse un riesgo elevado para mi/su salud, incluso la muerte; por lo que estando en uso de mis facultades mentales e informado(a) plenamente de las consecuencias que podrían resultar, firmo la presente constancia.

Al mismo tiempo exonero de toda responsabilidad moral, penal o administrativa al médico tratante, y resto del personal de este establecimiento proveedor de servicios de salud y al Ministerio de Salud por las consecuencias y riesgos que puedan presentarse, y asumo toda responsabilidad por la decisión tomada.

Al firmar esta constancia, reconozco que la he leído, se me ha explicado y que comprendo plenamente su contenido, se me han dado amplias oportunidades de realizar preguntas y todas las preguntas que he hecho han sido respondidas de forma satisfactoria.

Esta Constancia de Abandono, una vez firmada, tiene que ser respetada por mis familiares, abogados y demás personas.

La presente Constancia de Abandono se fundamenta en el inciso c del numeral 8 del Art. 8 de la Ley General de Salud y en el numeral 12 del Art. 7 del Reglamento de la Ley General de Salud.

Llenar en casos de niños/as, adolescentes y personas con autonomía disminuida:

Nombre _____ de _____ la _____ persona _____ que _____ retira _____ al _____ usuario:

Parentesco: Padre ☐ Madre ☐ Responsable o tutor ☐

Dirección _____ exacta:

Nombre y firma del usuario,

Nombre y firma de testigo familiar responsable o tutor

Nombre y firma de segundo testigo (opcional)

Nombre, firma y código del personal de salud

Nombres _____		Departamento _____				Problema al ingreso		Motivos de cambio MC																		
Apellidos _____						Dx Egreso		A. Modificación Problema B. Tratamiento Cumplido C. Falla terapéutica D. Cambio de vía E. RAM () No Sensibilidad										F. Dosis baja G. Dosis alta H. Interacción I. Cambio de intervalo administrativo								
No.exp _____		Servicio _____		Fecha de ingreso				Causa Muerte		CB _____ CD _____																
Edad _____ Sexo _____		Cubiculo _____		Fecha de Egreso																						
Peso _____ Talla _____		No. Cama _____																								
Código		Dosis	Vía	Indicación	Cambios		Fecha:					Mes:					Año:					Total				
	() MC				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
0																										
2																										
3																										
4																										
5																										
Fármaco Stat		Sospecha de Reacciones Ad Med RAM																								
Código		Dosis	Vía	Indicación	Código	Fármaco	Reacción					Desenlace					Fecha inicio	Fecha Final								

**Nombre, firma, código del médico tratante
farmaceutico (a)**

Nombre y firma de enfermería

Nombre y firma del

P321A

P312A



REGISTRO DE ANESTESIA

Establecimiento de Salud: _____ No. Expediente: _____
 Servicio: _____ No. Cédula: _____
 Nombre del usuario: _____
 1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Nombres: _____
 Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Cubículo: _____ Cama: _____

Diagnóstico Preoperatorio: _____ Premedicación: _____
 Peso: _____ HB: _____ Hto: _____ R. A. Q. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Rh: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Riesgo Anestésico: E _____ U: _____

Hora:																					
	N 2 O																				
	O 2																				
	Estado	1																			
		2																			
		3																			
		4																			
P.A.	°C																				
X																					
Pulso	38 200																				
Princ. Anest. X	36 160																				
Princ. Oper. O	34 120																				
Fin Anest. X O																					
Temp. A	32 60																				
Succ. S	30 40																				
Cuer. Recup. R																					
Respl O	Espon. Asist. Cont.																				

Símbolo: _____
 Líquidos: _____
 Sangre: _____

Drogas	Dosis	Método	Valoración Final	Observaciones	Posición
A			Conciencia		Supina
B			Circulación		Prona
C			Respiración		Lateral
D			Coloración		Trendel
E			Movilidad		Fowler
F					Litotomía
G			Total		Sentado

Líquidos en S. O.	Al Salir de S. O.	Cánula Naso/Orofaringea	D.L.	Sitio Punción	A.	Tec.
		Intubación	Catéter:	Latencia:		Altura:
		Naso/Orotraqueal-Directa-A Ciegas	B. Sensitivo:	B. Motor:		Simpático:
		Puño-Gasa-Tubo No.	Laringoespasma			Hemorragia
		Con Mascarilla-Conec. Directa	Exceso moco			Arritmias
Sangre		Dificultades Técnicas	Depresión Resp. Hipoxia			Bradi/Taquicardia-Shock
Total		Tiempo de Anestesia	Vómito-Náuseas-Hipo-Tos			Frio-Temblo

Total de Diuresis durante el transoperatorio: _____ Aproximado de Pérdidas Hemáticas: _____
 Operación: _____ Nombre del Cirujano: _____ Nombre, Firma y Código del Anestesiólogo: _____
 Nombre del Ayudante: _____
 Nombre del Instrumentista: _____ Cuenta de Gasas: _____ Compresas: _____ Canalizaciones: _____

Establecimiento de Salud: _____ **No. Expediente:** _____

Nombre: _____ **Fecha:** _____ **Servicio:** _____

[illegible]

||||



REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD



EXP No. _____
Edad _____
Unidad de Salud _____
Nombre Completo _____
Fecha _____ Dirección Exacta _____
Sexo: M ☐ F ☐

REGISTRO DE LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA



MARCAR CON UNA X EL SITIO
DE LESIÓN Y LA DISTANCIA DE LA AREOLA

Comentarios:

*Este FORMATO se realiza una vez al año y se anexa en el expediente después de la

[illegible]

nnnnn

